# 2007-2008

# Le rapport annuel des plaintes

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Outaouais

Québec

# RAPPORT ANNUEL 2007-2008

## SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DISPENSÉS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS

**Rédaction et réalisation**

Louis-Philippe Mayrand
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services par intérim

- **Avec la collaboration de**

  Sylvie Lesage
  Agente administrative
  Service des relations avec la population

- **Le genre**

  Le masculin est utilisé dans ce texte, lorsqu'il y a lieu, aussi bien pour les femmes que les hommes.

Adopté par le conseil d'administration : 4e trimestre 2008
Dépôt légal : 4e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN 1914-0010 (version imprimée)

ISSN 1916-0224 (PDF)

**Site Web : www.santeoutaouais.qc.ca**

## TABLE DES MATIÈRES


LISTE DES SIGLES LES PLUS SOUVENTS UTILISÉS ..... 5

DÉFINITION DES DIFFÉRENTS OBJETS DE PLAINTES ..... 6

LISTE DES TABLEAUX ..... 7

SOMMAIRE - FAITS SAILLANTS DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ..... 8

MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL ..... 9

INTRODUCTION ..... 10

**I) BILAN DES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ DES SERVICES EN REGARD DE L'ORGANISATION ET DE LA PRESTATION DES SERVICES ..... 14**

1. LES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ PERÇUE ..... 14
   - 1.1 Le fonctionnement des comités des usagers ..... 14
   - 1.2 Les visites d'appréciation de la qualité en ressources non institutionnelles et institutionnelles ..... 16

2. LES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ VOULUE ..... 16
   - 2.1 Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle ..... 16
   - 2.2 La procédure d'intervention dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du MSSS ..... 17
   - 2.3 Certification des résidences pour personnes âgées ..... 17

3. LES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ RENDUE ..... 18
   - 3.1 La gestion des risques et de la qualité en établissement ..... 18
   - 3.2 Processus d'agrément dans les établissements ..... 19
   - 3.3 Comité de vigilance et de la qualité ..... 19
   - 3.4 Promotion des droits des usagers ..... 20

**II) RAPPORT DES PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS ..... 22**

1 PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR L'AGENCE EN LIEN AVEC LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ..... 22
   - 1.1 Demandes d'information/assistance ..... 22
   - 1.2 Prise en charge médicale des clientèles vulnérables ..... 23
   - 1.3 Signalement dans les résidences privées ..... 23
   - 1.4 Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) ..... 23

2. BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES TRAITÉS PAR L'AGENCE ..... 24
   - 2.1 Mode de dépôt des plaintes ..... 25
   - 2.2 Délai de traitement ..... 26

2.3 Les objets de plaintes ..... 26
2.4 Plaintes qui ont fait l'objet de recommandations ..... 27

**III) RAPPORT DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE L'OUTAOUAIS** ..... 30

1. PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION EN LIEN AVEC LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ..... 30
1.1 Plaintes traitées par les établissements ..... 30
1.2 Les objets de plaintes ..... 32
1.3 Le suivi donné aux plaintes ..... 33
1.4 Mode de dépôt des plaintes ..... 34
1.5 Délai de traitement des plaintes ..... 35
1.6 Auteur de la plainte ..... 36

2. ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES RÉALISÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS ..... 37
2.1 **Les établissements locaux – CSSS** ..... 38
2.1.1 Centre de santé et de services sociaux des Collines ..... 38
2.1.2 Centre de santé et de services sociaux de Gatineau ..... 41
2.1.3 Centre de santé et de services sociaux de Papineau ..... 41
2.1.4 Centre de santé et de services sociaux du Pontiac ..... 43
2.1.5 Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Gatineau ..... 43

2.2 **Les établissements régionaux** ..... 44
2.2.1 Les Centres jeunesse Outaouais ..... 44
2.2.2 Centre de réadaptation la RessourSe ..... 45
2.2.3 Centre Jellinek ..... 46
2.2.4 Centre hospitalier Pierre-Janet ..... 47
2.2.5 Pavillon du Parc ..... 51

2.3 **Les établissements privés conventionnés** ..... 52
2.3.1 Le CHSLD Champlain-Gatineau ..... 52
2.3.2 Le CHSLD Vigi de l'Outaouais ..... 53

**CONCLUSION** ..... 57

ANNEXE I : LISTE DES COMMISSAIRES LOCAUX ET MÉDECINS EXAMINATEURS DE LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS ..... 63

ANNEXE II : RAPPORT ANNUEL DU CSSS GATINEAU ..... 65

## LISTE DES SIGLES LES PLUS SOUVENT UTILISÉS

| | |
|---|---|
| AVAC | Accouchement vaginal après césarienne |
| CAAP | Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes |
| CH | Centre hospitalier |
| CHGM | Centre Hospitalier Gatineau Memorial |
| CHSGS | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés |
| CHSP | Centre hospitalier de soins psychiatriques |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CHVO | Centre hospitalier des Vallées-de-l'Outaouais |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CJO | Centre jeunesse Outaouais |
| CLQ | Commissaire locaux du Québec |
| CPEJ-CRJDA | Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation |
| CR | Centre de réadaptation |
| CRAT | Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| CSST | Commission de la santé et sécurité au travail |
| DRMG | Département régional de médecine générale |
| GMF | Groupe de médecine familiale |
| ME | Médecin examinateur |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PJ | Protection de la jeunesse |
| PSOC | Programme de soutien aux organismes communautaires |
| RCUO | Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais |
| RTF | Résidence de type familial |
| RLS | Réseaux locaux de services |
| SAAQ | Société de l'assurance automobile du Québec |

## DÉFINITION DES DIFFÉRENTS OBJETS DE PLAINTES

### Accessibilité et continuité

- Se réfère aux difficultés concernant les modalités et les mécanismes d'accès ;
- S'assurer que l'usager a accès au bon service, au moment opportun et que les services requis par son état lui soient dispensés aussi longtemps que nécessaire.

### Soins et services

- Se réfère à l'application des connaissances du « savoir-faire » et des normes de pratique des intervenants ;
- Se réfère à l'organisation et au fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

### Relations interpersonnelles

- Se réfère au « savoir-être » des personnes intervenantes, il s'agit de la présence d'une relation d'aide, de l'assistance et du soutien de la personne intervenante à l'endroit de l'usager ou de l'usagère ;
- Orienter la conduite des personnes intervenantes vers l'usager ou l'usagère : respect, empathie, responsabilisation et comportement général.

### Environnement et ressources matérielles

- Se réfère à l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné et qui influe sur la qualité des services :
  - mixité des clientèles,
  - hygiène et salubrité,
  - propreté des lieux,
  - sécurité et protection.

### Aspect financier

- Se réfère à la contribution financière des usagers à certains services administratifs selon les normes prévues par la Loi :
  - facture d'hôpital,
  - facture d'ambulance,
  - contribution au placement,
  - aide matérielle et financière,
  - frais reliés à certains biens et service

## LISTE DES TABLEAUX


| | | |
|---|---|---|
| **Tableau 1** | Plaintes reçues en 2007-2008 | 24 |
| **Tableau 2** | Plaintes conclues en 2007-2008 | 24 |
| **Tableau 3** | Mode de dépôt des plaintes | 25 |
| **Tableau 4** | Auteur de la plainte et nature de l'intérêt | 25 |
| **Tableau 5** | Les délais de traitement des plaintes | 26 |
| **Tableau 6** | Les objets de plaintes selon leur niveau de traitement | 26 |
| **Tableau 7** | Plaintes avec recommandations | 27 |
| **Tableau 8** | Bilan des dossiers de plainte conclues par mission d'établissement | 30 |
| **Tableau 9** | Nombre de plaintes conclues par mission et par établissement | 31 |
| **Tableau 10** | Nombre d'objets de plaintes par mission d'établissement | 32 |
| **Tableau 11** | Catégories d'objets de plaintes par mission | 32 |
| **Tableau 12** | Suites données aux objets de plaintes selon les types d'action | 33 |
| **Tableau 13** | Mode de dépôt des plaintes auprès des commissaires locaux et des médecins examinateurs | 34 |
| **Tableau 14** | Délais de traitement des dossiers de plainte | 35 |
| **Tableau 15** | Auteur de la plainte et nature de l'intérêt | 36 |

## SOMMAIRE - FAITS SAILLANTS DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Les principaux éléments qui se dégagent de la compilation des données du présent rapport pour l'exercice 2007-2008 sont les suivants :

Le nombre de plaintes déposées à l'Agence de la santé et des services de l'Outaouais (l'Agence) est relativement le même que l'année précédente. Le nombre de plaintes conclues ainsi que le nombre d'assistance est à la baisse principalement parce que le poste de Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que le poste d'adjointe administrative ont été dépourvues de leur titulaire pour une certaine période au cours de l'année. Le nombre de signalements dans les résidences privées pour personnes âgées est passé de 4 à 6.

- 222 demandes d'assistance et d'accompagnement dont 175 concernant l'accessibilité aux services du réseau de la santé et des services sociaux .
- 21 plaintes en première instance concernant le transport ambulancier, les organismes communautaires, les résidences privées pour personnes âgées ou l'Agence elle-même ;
- 6 signalements concernant les résidences privées. Tous ont fait l'objet d'une intervention, d'une référence ou d'une plainte à l'autorité compétente ;
- Parmi les plaintes conclues durant l'année, 1 a été portée à l'attention du Protecteur des citoyens pour traitement.

Pour leur part, les établissements de la région excluant le CSSS de Gatineau ont traité :

- 222 plaintes pour 349 objets de plaintes ;
- Les objets de plaintes les plus fréquents sont : les soins et services dispensés :138, l'accessibilité : 85 et les relations interpersonnelles : 80 ;
- 113 mesures correctives ont été identifiées, soit appliquées ou en voie de l'être.

La volonté de considérer les droits et les attentes des usagers des services de santé et sociaux se manifeste par la mise en place de mécanismes par lesquels ils peuvent faire connaître leurs insatisfactions en regard de la qualité des services qui leur sont dispensés. Le Régime d'examen des plaintes constitue un outil qui permet d'adapter les services aux attentes des personnes, d'en préciser les limites et de réajuster l'écart entre le service attendu et celui reçu. La qualité des services est une préoccupation partagée par l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Tous doivent poursuivre l'objectif d'amélioration continue de la qualité des services dispensés. L'Agence, les établissements, les organismes communautaires, les services préhospitaliers d'urgence ou ambulanciers, les résidences privées pour personnes âgées ainsi que l'ensemble des comités des usagers doivent faire en sorte de placer la personne au centre des préoccupations du réseau.

## MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL

Le traitement d'une plainte est une occasion privilégiée pour le réseau de la santé et des services sociaux d'améliorer les services qu'il offre à la population. La qualité doit être perçue comme l'élément de convergence qui donne toute sa signification aux changements qui se sont réalisés et qui se réaliseront dans le réseau de la santé et des services sociaux. Par conséquent, la recherche de la qualité doit constituer le principal élément de mobilisation de l'ensemble des acteurs du réseau autour de ces changements. Toutes les actions du commissaire et de ses adjoints se font en fonction de ce principe. En 2005-2006, pour renforcer sa mise en application, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, a proposé et apporté plusieurs changements à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.R.Q., c. S-4.2) qui gouverne le Régime d'examen des plaintes. L'année 2007-2008 a donc été marquée par l'actualisation de ces nouvelles dispositions. Les établissements ont eu à revoir la procédure d'examen des plaintes et à mettre en place des comités de vigilance et de la qualité qui relèvent du conseil d'administration ce qui fut fait pour l'ensemble des établissements de la région.

De plus, l'indépendance des commissaires aux plaintes et à la qualité des services a été mieux encadrée et fait en sorte d'optimiser le fonctionnement du Régime d'examen des plaintes ainsi que la protection et le respect des droits des usagers. Ainsi, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (dans les établissements) et régionaux (dans les agences) relèvent dorénavant du conseil d'administration plutôt que de la direction générale, et ils n'exercent pas d'autres fonctions administratives. Également, les commissaires ont maintenant le pouvoir d'intervenir de leur propre initiative, ce qui leur permet d'agir même en l'absence de plainte.

Finalement, la loi prévoit que le commissaire régional peut, depuis le 1er avril 2006, intervenir dans les résidences privées accueillant des clientèles vulnérables pour assurer aux résidents un milieu de vie acceptable et des services de qualité.

Le Régime d'examen des plaintes ne peut atteindre ses objectifs que dans la mesure où les gens qui lui donnent vie sont engagés, dynamiques et qu'ils priorisent constamment les intérêts des usagers. À cet égard, je tiens à souligner l'engagement au niveau régional ainsi que celui des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services qui n'ont cessé, tout au long de la dernière année, de concevoir, promouvoir et coordonner par leurs efforts des actions porteuses de qualité tant dans les pratiques, dans les établissements, que dans le réseau des services de santé et de services sociaux.

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services par intérim,

Louis-Philippe Mayrand

## INTRODUCTION

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes au sein de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. À ce titre, il assure la réponse aux demandes d'information de la population et veille au respect de ses droits, en plus d'assurer l'application des dispositions légales du Régime d'examen des plaintes. Ce mandat comporte deux grands volets, soit le service d'information, d'assistance et d'accompagnement à la population et le service de traitement des plaintes.

Le volet d'information, d'assistance et d'accompagnement à la population vise notamment à faire connaître les droits des usagers, les mécanismes de recours, les services offerts par le réseau et à accompagner les personnes dans leurs démarches.

Le service de traitement des plaintes reçoit et analyse celles formulées à l'endroit des organismes communautaires œuvrant dans la santé et les services sociaux, des services préhospitaliers d'urgence, des ressources agréées ainsi que les plaintes adressées à l'Agence elle-même en regard de l'exercice d'une de ses fonctions ou activités qui affecteraient l'usager. Enfin, dans le cas où l'usager serait insatisfait du délai du traitement ou des conclusions de l'Agence, il peut s'adresser au Bureau du Protecteur des citoyens pour un traitement en deuxième instance de sa plainte.

D'autre part, le plan d'organisation de l'Agence prévoit que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services exerce certaines activités connexes reliées à la satisfaction des usagers et à la qualité des services. C'est le cas notamment du traitement des demandes d'intervention en résidence privée.

Tel que prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.R.Q., c. S-4.2), l'Agence doit transmettre chaque année au ministre de la Santé et des Services sociaux un rapport faisant état de l'ensemble des rapports des établissements de la région. Ce rapport doit également comprendre le bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services et décrire les motifs et le type de plaintes que l'Agence a elle-même reçues.

L'Agence souhaite surtout que ce rapport mette en perspective les secteurs qui ont besoin d'amélioration. Alors que le traitement de chaque plainte vise à augmenter la satisfaction de la personne qui exprime son mécontentement, le rapport de l'ensemble des plaintes peut mettre en relief des ajustements systémiques qui améliorent de façon continue la qualité des services dispensés.

La première partie du rapport fait mention des demandes d'information, d'assistance et de consultations des usagers ainsi que des signalements adressés à l'Agence concernant les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il fait état du bilan des activités reliées au traitement des plaintes et à la qualité des services par l'Agence au cours de la période du 1e avril 2007 au 31 mars 2008.

La deuxième partie présente les résultats d'analyse des rapports consolidés des plaintes traitées par les établissements publics et privés conventionnés de notre région qui doivent aussi soumettre un rapport annuel à leur propre instance, ainsi qu'à l'Agence. Elle contient également des informations sur les activités d'amélioration continue de la qualité des services entreprises par ces mêmes établissements au cours de la dernière année.

Finalement, les conclusions présentées en troisième partie du rapport s'inscrivent dans la volonté de l'Agence d'utiliser l'information découlant du traitement des plaintes comme levier supplémentaire à l'amélioration des services de santé et des services sociaux de la région.

# BILAN DES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ DES SERVICES EN REGARD DE L'ORGANISATION ET DE LA PRESTATION DES SERVICES

# I) BILAN DES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ DES SERVICES EN REGARD DE L'ORGANISATION ET DE LA PRESTATION DES SERVICES

Les différentes dimensions de la qualité sont assurées par des actions porteuses reliées à la planification, à l'organisation, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services de santé et les services sociaux.

## 1. LES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ PERÇUE[1]

### 1.1 Le fonctionnement des comités des usagers

L'un des rôles de l'Agence consiste à veiller, en collaboration avec le Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais (RCUO) et les directions des établissements concernés, au bon fonctionnement des 16 comités des usagers. Tout au long de l'année, l'Agence a répondu à des demandes de soutien, d'information et d'aide ponctuelle, provenant des comités des usagers de la région.

Voici un résumé, tel que cité dans le rapport du RCUO :

« L'année se terminant s'est avérée en être une centrée sur la formation, plutôt que sur la survie. Cette dernière est assurée par un niveau d'activité restreint, qui n'entraîne pas de dépenses importantes, mais qui du fait de sa dépendance au niveau d'engagement bénévole de ses membres, maintient néanmoins un climat d'incertitude. Tout comme l'an dernier à la même époque, le RCUO se trouve toujours à la croisée des chemins en ce qui a trait à ses fonctions, son rôle et les moyens pour y parvenir.

**Rencontres et autres activités d'information**

Tout d'abord, le Regroupement a tenu son Assemblée générale annuelle le 22 novembre 2007. Plus d'une trentaine de braves ont assuré, par leur présence et leur participation, une autre journée fertile en discussions et formations, alors que la température faisait rage au-dehors. Durant la première partie de la journée, l'Assemblée comme telle a entendu des comptes-rendus des affaires courantes du RCUO, dont le dossier de la Pérennité du Regroupement, les développements au Regroupement provincial ainsi que l'élection du Conseil d'administration (C.A.). A cette dernière occasion, plusieurs nouveaux membres se sont ajoutés, amenant enthousiasme et diversité de points de vue aux travaux.

Durant la deuxième partie de cette assemblée, les membres ont pu bénéficier d'une présentation sur les droits des usagers ainsi que le régime de plaintes, suivie d'un panel très informatif composé de commissaires aux plaintes ainsi que du Centre d'accueil et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) Outaouais, qui nous ont expliqué leurs rôles respectifs et répondu aux questions.

Dans cette veine, il importe de souligner les retombées bénéfiques pour tous concernés de l'arrivée du CAAP Outaouais au sein de notre conseil d'administration, par le biais de l'implication dynamique de Madame Suzanne Rollin. Madame Rollin détient le poste de représentation du public au sein du C.A., une nouveauté depuis la refonte des Règlements du

[1] Telle que perçue par les citoyens et les différents acteurs du système.

RCUO l'an dernier. Elle a joué un rôle déterminant dans les deux activités de formation tenue dans la période couverte, en novembre 2007 et en mai 2008.

Parlant de cette dernière, tenue le 8 mai 2008, elle fut l'une des mieux accueillies des dernières années. Sur le thème du « Dossier de l'usager », elle permit aux membres de se familiariser avec les droits de l'usager relatif à son dossier, par le biais d'un panel informatif composé de Madame Rollin et de Madame Diane Goulet-Contois, archiviste de l'Hôpital de Gatineau. La présentation de cette dernière, animée et peuplée d'exemples, fut particulièrement appréciée. En deuxième partie de la journée, le Dr. Jean-Eudes Lamont, médecin-examinateur au CSSS de Gatineau, nous a vulgarisé les tenants et aboutissants de sa fonction, fort importante dans le régime des plaintes médicales. Sa grande expérience et son dynamisme furent aussi un apport important au succès de la journée.

Au fil de la période novembre 2007 à septembre 2008, le conseil d'administration du RCUO s'est réuni à sept reprises pour discuter d'affaires courantes et échanger de l'information.

Nous avons aussi participé activement aux rencontres du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU). Tout comme il l'avait fait depuis des années, Monsieur Claude Ménard, du Centre Jellinek, a continué de brillamment représenter le RCUO au niveau provincial; cette fois-ci, il a eu le mérite de le faire seul. De plus, il a réussi l'exploit d'ajouter le titre de Président du Regroupement provincial à ses fonctions aux niveaux régional et local. Sa nomination rejaillit sur l'expérience Outaouaise, qui sert de pépinière au niveau des comités d'usagers depuis plusieurs années. Ceci est particulièrement important, alors que le RPCU s'apprête à formaliser sa formation en novembre prochain, à Montréal. Enfin, le Conseil d'administration a reçu la visite de Monsieur Jean Lortie en juin 2008, pour nous entretenir d'un projet pilote du RPCU au niveau des outils des comités d'usagers.

Au niveau de l'Agence de la santé et service sociaux de l'Outaouais, les contacts se sont maintenus par le biais de la présence de Madame Stéphanie Legault, responsable notamment des comités d'usagers au sein de l'Agence, à plusieurs réunions du conseil d'administration. Bien que l'Agence n'ait pu concrétiser davantage les réponses aux défis posés par la pérennité du RCUO, son implication continue a contribué à améliorer le flot d'informations dans les deux sens et, nous l'espérons, contribue à convaincre l'Agence de continuer son rôle de surveillance des institutions quant aux moyens offerts aux comités d'usagers pour mener à bien leur mission, y compris par le biais du Regroupement.

**Conclusion**

Les succès du RCUO au niveau notamment de la formation offrent un aperçu seulement de son potentiel de services pour ses membres et de son rôle dans la collectivité, et ne doivent pas faire oublier les défis identifiés durant les trois dernières années. En effet, l'absence d'une permanence continue de se faire sentir, car chaque réalisation, aussi réussie soit-elle, repose à chaque fois sur l'implication *ad hoc* de membres bénévoles. Seuls les services administratifs et de secrétariat de Madame Sylvie Maltais (toujours aussi appréciés) sont rémunérés, et n'ont qu'un impact minime sur les finances du RCUO.

Ceux et celles œuvrant de manière bénévole depuis des années connaissent la vulnérabilité des organisations reposant sur une base financière fragile et l'implication dédiée de ses membres, sans structure de pérennité et sans permanence. Il convient de continuer à se questionner sur l'avenir

du Regroupement, qui amorce la prochaine année dans une incertitude renouvelée sur son membership.»

## 1.2 Les visites d'appréciation de la qualité en ressources non institutionnelles et institutionnelles

Les visites d'appréciation de la qualité en milieu d'hébergement ont été initiées par le Ministère en 2004. Elles visent à s'assurer que tout milieu de vie substitut offre des services de qualité et que, s'il y a lieu, un plan d'action soit mis en place pour corriger les situations inacceptables.

Au cours de l'année 2007-2008, il y a eu cinq visites d'appréciation du MSSS, trois en CHSLD et deux en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). Les visites en CHSLD ont eu lieu au CH du Pontiac, au CHSLD Champlain Gatineau ainsi qu'au Foyer du Bonheur. Les visites en RI-RTF ont eu lieu aux Centres Jeunesse de l'Outaouais et au CSSS de Papineau. Suite aux différentes recommandations émises par l'équipe visiteuse du MSSS, des plans d'amélioration ont été convenues avec l'Agence. Des échanges ont lieu entre l'établissement et l'Agence afin de s'assurer que le plan d'action répond concrètement aux recommandations de l'équipe de visite. Un suivi annuel des divers plans d'action des établissements est réalisé par l'agent ou l'agente responsable du programme service avec un bilan annuel réalisé pour le MSSS. De plus, l'évolution de la mise en œuvre des mesures peut être constatée lors des contacts fréquents avec les établissements dans l'exercice de reddition de compte des ententes de gestion.

Dans ce contexte, les agents de planification, de programmation et de recherche ont effectué le suivi des plans d'amélioration qui a mené à la création de différentes mesures permettant d'améliorer la qualité des services dans les différents établissements visités. Ce suivi rigoureux a permis à sept établissements de finaliser la mise en place des différentes mesures et de mettre fin au processus de suivi par l'Agence.

# 2. LES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ VOULUE [2]

## 2.1 Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

L'adoption en 2004-2005 d'un protocole d'application des mesures de contrôle dans tous les établissements de la région fait en sorte que la philosophie d'intervention pour les intervenants impliqués met l'accent sur la nécessité d'établir une véritable relation d'aide qui tienne compte des caractéristiques de la personne et de l'environnement dans lequel elle évolue.

La formation "Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement" est en cours de déploiement dans les établissements pour le volet CH, CHSLD, la pédiatrie et la déficience physique. Pour les autres clientèles: Centres jeunesse, déficience intellectuelle, soutien à domicile et résidences privées, le MSSS est en démarche afin d'adapter la formation. Idéalement le déploiement de la formation devrait se faire rapidement soit sur un horizon de deux ans, la durée de trois ans visant toutes les clientèles.

Les cibles de personnels formés sont :

[2] Actions permettant de s'entendre sur les énoncés de valeurs, la philosophie, la gestion, la norme, l'orientation, des « bonnes pratiques », etc.

-66% des professionnels (ETC) formés dans chaque discipline: infirmières/infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes et médecins.

## 2.2 La procédure d'intervention dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du MSSS

Le Protocole régional de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées de l'Outaouais adopté en 2003 est maintenant caduque puisque ce sont les Agences et leurs commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services qui ont la pleine responsabilité dans les ressources résidentielles privées pour personnes âgées. Par ailleurs, le commissaire régional peut intervenir dans toutes les autres catégories de ressources résidentielles privées si les droits fondamentaux ou relatifs à la LSSS ne sont pas respectés.

## 2.3 Certification des résidences pour personnes âgées

Le Règlement sur les conditions d'obtention d'une certification de conformité de résidence pour personnes âgées est entré en vigueur le 1er février 2007. Les exploitants des résidences pour personnes âgées doivent dorénavant obtenir une certification de conformité auprès de l'Agence. Pour l'obtenir et le conserver, les exploitants doivent respecter 26 critères socio sanitaires relatifs aux droits fondamentaux, à l'échange d'information et la protection de la vie privée, à la santé et à la sécurité, à l'alimentation et la médication ainsi qu'à un minimum fixé de protection d'assurance responsabilité. De plus, les exploitants doivent respecter les lois et règlements en vigueur au niveau municipal particulièrement en matière de sécurité incendie, ceux au niveau provincial relatifs aux bâtiments et à l'alimentation.

Les 71 résidences pour personnes âgées de la région ont jusqu'au 1er février 2009 pour obtenir leur certificat de conformité.

L'Agence a fait la tournée des territoires de CSSS afin d'informer les exploitants ainsi que les responsables et le personnel des CSSS en soutien à domicile sur les critères socio sanitaires menant à la certification. De plus, des informations ont été transmises aux services des incendies des municipalités de la région qui compte des résidences pour personnes âgées sur leur territoire.

Depuis le début du processus, 47 résidences ont fait leur demande de certification, certaines ont reçu la visite du Conseil québécois d'agrément (instance mandatée par le MSSS pour vérifier la conformité et faire rapport à l'Agence) alors que d'autres sont en préparation. A ce jour, deux résidences ont obtenu leur certificat de conformité.

L'Agence a mis en place des mesures de soutien aux exploitants notamment par le développement d'outils, par l'organisation et le remboursement des formations obligatoires, et par une aide personnalisée sur place au besoin. Des rappels réguliers sont réalisés afin de rappeler aux exploitants les délais à respecter en vue de l'obtention du certificat.

## 3. LES ACTIONS PORTEUSES DE LA QUALITÉ RENDUE[3]

### 3.1 La gestion des risques et de la qualité en établissement

**Cible 2007-2008**

Accroître la mobilisation pour une meilleure gestion des risques d'accidents de soins et services, surtout les risques d'infections nosocomiales et d'accidents thérapeutiques dans l'usage des médicaments.

**Réalisations 2007-2008**

Afin de respecter les obligations créées par la loi 113 concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (divulgation, déclaration et analyse), les établissements publics et privés de la région de l'Outaouais ont implanté le nouveau formulaire AH-223, tel que prévu par le Ministère, au 1er avril 2008.

Concernant la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, l'Agence a poursuivi les activités de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales et a tenu cinq réunions au cours de la dernière année. L'évolution des taux d'infections à *Clostridium difficile* est suivie régulièrement et des rappels aux responsables des établissements sont effectués au besoin. L'Agence a coordonné la formation des infirmières en prévention des infections et des techniciens en hygiène et salubrité. L'Agence s'assure du respect du ratio des infirmières en prévention des infections dans les CHSGS et les CHSLD.

Les recommandations de coroner ont été reçues, analysées et les suivis appropriés ont été réalisés.

**Perspectives 2008-2009**

Le déploiement de la solution informatique pour la gestion des risques sera fait durant l'année 2008-2009 selon les échéanciers prévus par le fournisseur et le Ministère. L'Agence coordonnera la formation et la distribution de l'information en lien avec un comité régional formé des responsables de gestion de risques des établissements.

"En 2007, 23 éclosions d'infections nosocomiales ont été signalées par les services de prévention des infections dans des établissements du réseau de la santé et des services sociaux à la Direction de santé publique de l'Outaouais. Elles se répartissent ainsi : 12 éclosions de gastro-entérites virales touchant 173 personnes, 6 de diarrhées à *C. difficile* (28 personnes), 4 de SARM (14 personnes), une de gale (13 personnes) et une éclosion d'influenza (4 cas confirmés). Dans tous les cas, la mise en place de mesures de contrôle rigoureuses (isolement et traitement des cas si indiqué, dépistage et traitement des contacts lorsque requis, application des pratiques de base et des précautions additionnelles, renforcement des mesures d'hygiène et salubrité, etc.) a permis l'arrêt de la transmission dans les établissements."

---

[3] Évaluations de la dispensation des services visant à la fois les processus d'amélioration, les processus de contrôle de certaines activités, comme les inspections professionnelles, les suivis de gestion, etc.

## 3.2 Processus d'agrément dans les établissements

### Agrément des établissements :

Le processus d'agrément suit un cycle de trois ans. L'établissement recueille d'abord l'information requise. Ensuite, il complète le processus d'auto-évaluation et se prépare à la visite d'agrément. Une fois qu'il a reçu le rapport et les recommandations des visiteurs, l'organisme évalue les suggestions qui y sont faites et accorde un suivi aux recommandations avant sa prochaine visite d'agrément. Il y a deux instances qui sont reconnues par le MSSS pour délivrer des agréments aux établissements du réseau : le Conseil québécois d'agrément et le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

L'ensemble des établissements de la région se sont inscrits auprès d'un organisme d'agrément reconnu.

Sept établissements ont reçu leur agrément :

- Centre de réadaptation La RessourSe
- CSSS de Gatineau
- CSSS de Papineau
- CSSS du Pontiac
- CSSS Vallée-de-la-Gatineau
- CHSLD Vigi de l'Outaouais
- CHSLD Champlain de Gatineau

## 3.3 Comité de vigilance et de la qualité

### Cible 2007-2008 :

S'assurer du fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité et de ceux des établissements

### Réalisations 2007-2008 :

Au 31 mars 2008, tous les établissements et l'Agence avaient mis en place un comité de vigilance et de la qualité dont la composition est conforme à la loi.

Le nombre de rencontres tenues par chacun de ces comités entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008 a varié d'une rencontre à 7 rencontres pour l'année 2007-2008. Les rapports des établissements indiquent que les recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité et les mesures mises en place pour faire suite aux recommandations ont été transmises, le cas échéant, au conseil d'administration de l'établissement concerné. Aussi les recommandations du protecteur du citoyen et du comité de gestion des risques ont été transmises au conseil d'administration de l'établissement concerné, le cas échéant.

## 3.4 Promotion des droits des usagers

**Cible 2007-2008 :**

Développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits.

**Réalisations 2007-2008 :**

Dans le cadre des journées de formation organisées par le Regroupement des comités d'usagers de l'Outaouais (RCUO), l'Agence, les commissaires régionaux et des commissaires locaux ont participé aux deux événements de l'année 2007-2008.

Ces deux événements avaient pour thématiques :

1) les droits des usagers et l'explication du régime d'examen des plaintes

2) le dossier de l'usager : préoccupations soulevées par les usagers, les représentants légaux et les héritiers.

# RAPPORT DES PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS

# II) RAPPORT DES PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS

## 1. PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR L'AGENCE EN LIEN AVEC LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Le premier volet regroupe les différentes activités reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes, incluant le traitement des demandes d'information, d'assistance et d'accompagnement.

Le second volet concerne les dossiers traités dans le cadre du protocole régional de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées ainsi que la compilation des demandes de service effectuée par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

Finalement, le dernier volet présente un bilan des activités les plus significatives en matière d'amélioration de la qualité des services.

### 1.1 Demandes d'information/assistance

Les citoyens, qui la connaissent davantage, et les usagers qui sont référés par les intervenants du réseau s'adressent à l'Agence pour s'informer sur toute question concernant l'ensemble de l'organisation et la dispensation des services.

De même, certains organismes comme la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux réfèrent les usagers à l'Agence pour toute demande d'information à l'égard des services régionaux.

Le bureau du Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a répondu à 222 demandes d'assistance et d'accompagnement dont 175 concernant l'accessibilité aux services du réseau de la santé et des services sociaux. La recherche de médecins, l'accès aux spécialistes dont surtout l'orthopédie et la gynécologie sont les principales raisons de demandes d'assistance.

Les demandes qui visent à orienter les usagers éprouvant des difficultés avec le système de santé et de services sociaux sont considérées comme des demandes d'assistance, de consultation et d'intervention, lesquelles nécessitent l'écoute et le support du service des plaintes et permet d'orienter l'usager vers l'instance appropriée et de l'informer sur ses droits et les mécanismes de recours. Il permet également d'informer la population sur la procédure de traitement des plaintes ou encore sur la façon d'obtenir le service.

Dans plusieurs des situations, les usagers ont été invités à s'adresser directement à l'établissement concerné en première instance afin d'y formuler leur plainte. Ces usagers, par la même occasion, ont reçu une information complète sur la procédure de traitement des plaintes ainsi que sur la possibilité de se faire assister ou accompagner par l'organisme désigné.

## 1.2 Prise en charge médicale des clientèles vulnérables

Dans le contexte de la pénurie de médecins pour prendre en charge l'ensemble de la population de l'Outaouais, le Département de médecine générale (DRMG) de l'Agence a priorisé la prise en charge des clientèles les plus vulnérables pour les nouveaux médecins qui doivent offrir des activités médicales particulières. En 2006, 155 nouveaux patients vulnérables furent pris en charge alors que pour 2007 on en compte 1148 et 694 jusqu'à août 2008.

On constate ici que malgré le contexte de la pénurie de médecins, le DRMG s'est doté de mécanismes pour prendre en charge la clientèle la plus vulnérable. Le nombre de prises en charge dans les deux dernières années est par ailleurs significative et la mesure prise par le DRMG mérite d'être mentionnée comme une belle réussite.

## 1.3 Signalements dans les résidences privées

Au cours du présent exercice, l'Agence a reçu 6 signalements concernant les résidences privées touchant 6 résidences différentes. Chaque signalement a fait l'objet d'une enquête et un cas fut référé à la Commission des droits et libertés de la personne.

Les signalements portent sur la qualité des soins, l'accès aux personnes à mobilité réduite, les relations interpersonnelles, l'alimentation et les abus financiers.

Dans la plupart des cas, l'insatisfaction sur la qualité des soins est associée à une perte d'autonomie qui ne peut être prise en charge par les propriétaires. Les résidents se retrouvent alors dans une situation ou les soins disponibles ne sont plus adaptés à leurs besoins. Il faut mentionner toutefois que dans tous les signalements enquêtés, les différents CSSS offraient des services aux clientèles des résidences qui en avaient fait la demande et qui avaient été priorisées. C'est dans l'intervalle entre la demande de services au CSSS et le début du service que la situation devient problématique.

Comme par les années passées, la qualité des relations personnelles est en partie reliée au manque de connaissance des propriétaires ou de leur personnel. Ils ne semblent pas connaître l'ampleur de l'impact de leur attitude sur leur clientèle. Notons ici que dans certaines situations rencontrées, le CSSS offrait de l'accompagnement aux propriétaires qui voulaient améliorer leurs relations avec la clientèle.

## 1.4 Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP)

Le CAAP est désigné en vertu de l'article 76.6 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.R.Q., c. S-4.2), pour assister et accompagner sur demande un usager qui désire entreprendre une démarche de déposition de plainte suite aux services qu'il a reçu ou aurait dû recevoir dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le soutien financier du CAAP est assuré via le Programme de soutien aux organismes communautaires.

En 2007-2008, le CAAP a répondu à 406 demandes de service pour 326 personnes alors qu'en 2006-2007, il répondait à 404 demandes. L'organisme a porté assistance dans 161 démarches de plainte. Parmi celles-ci, 141 ont été déposées formellement.

## 2. BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES TRAITÉS PAR L'AGENCE

Au cours de l'exercice 2007-2008, 22 plaintes ont été reçues par l'Agence, ce qui constitue une diminution comparée à celle de l'année précédente (28).

**Tableau 1 - Plaintes reçues en 2007-2008**

| Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice | Plaintes reçues durant l'exercice | TOTAL | Plaintes conclues durant l'exercice | Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice | Recours au Protecteur des usagers |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 21 | 30 | 6 | 24 | 1 |

Une plainte a été traitée en deuxième instance par le Protecteur du citoyen et porte sur un transfert ambulancier entre provinces.

**Tableau 2 - Plaintes conclues en 2007-2008**

| | Organismes communautaires | Agence | Services préhospitaliers d'urgence ou ambulanciers | Autres | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 07-08 | 0 | 1 | 5 | 0 | 6 |
| 06-07 | 4 | 3 | 9 | 3 | 19 |
| 05-06 | 6 | 1 | 7 | 0 | 14 |

Le nombre de plaintes conclues est en diminution surtout parce que le poste de Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a été temporairement dépourvu de son titulaire.

## 2.1 Mode de dépôt des plaintes

Alors qu'en 2006-2007, 1 plainte sur 28 était verbale, toutes les plaintes sont écrites en 2007-2008. Tous les usagers qui désiraient porter plainte ont été référés au CAAP afin qu'ils soient assistés et accompagnés dans leur démarche de dépôt d'une plainte.

**Tableau 3 - Mode de dépôt des plaintes**

| | Plaintes écrites | Plaintes verbales | TOTAL |
|---|---|---|---|
| **07-08** | 21 | 0 | 21 |
| **06-07** | 27 | 1 | 28 |
| **05-06** | 12 | 4 | 16 |

Le tableau suivant indique que les représentants sont presque du même nombre que les usagers à porter plainte.

**Tableau 4 - Auteur de la plainte et nature de l'intérêt**

| Auteur | Plaintes |
|---|---|
| usager ou usagère | 12 |
| autre personne * | |
| tiers | |
| représentant ou représentante | 9 |
| personne assistante ** | |
| autre tiers | |
| **TOTAL** | **21** |

* Autre personne : toute autre personne qui effectue le premier contact avec le service en tant qu'auteur de la demande.

** Assistant : CAAP-Outaouais et Droits-Accès de l'Outaouais

## 2.2 Délai de traitement

Le prochain tableau indique que le délai maximum de 45 jours prévu par la loi a été dépassé dans 16 cas sur 14. Le dépassement des délais est dû principalement au fait que le poste de commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a été temporairement dépourvu de son titulaire. Tous les usagers concernés nous ont accordé un délai pour compléter le traitement de leur plainte.

**Tableau 5 - Les délais de traitement des plaintes conclues**

| Délais de traitement | Plaintes |
|---|---|
| De 0 à 30 jours | 0 |
| De 31 à 45 jours | 1 |
| 46 jours et plus | 5 |
| **TOTAL** | **6** |

## 2.3 Les objets de plaintes

Tous les objets de plaintes furent traités selon la procédure du Régime d'examen des plaintes pour lesquels certains objets ont mérité des recommandations avec mesures correctives. Compte tenu qu'une plainte peut contenir plus d'un objet, signalons que le nombre d'objets de plaintes est supérieur au nombre de plaintes. Une fois le traitement complété, on remarque que 6 mesures ont été identifiées sur les 6 plaintes conclues.

**Tableau 6 - Les objets de plaintes selon leur niveau de traitement**

| Catégories d'objets | Rejeté sur examen sommaire | Abandonné | Traitement refusé / interrompu | Traitement complété | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Sans mesures identifiées | Avec mesures identifiées |
| ➢ Accessibilité | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| ➢ Soins et services dispensés | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| ➢ Relations interpersonnelles | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| ➢ Organisation du milieu et ressources matérielles | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| ➢ Aspect financier | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 |
| ➢ Droits particuliers | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ➢ Autres objets de demandes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **0** | **1** | **0** | **6** | **5** |

## 2.4 Plaintes qui ont fait l'objet de recommandations

Voici une brève description des plaintes traitées par l'Agence qui ont fait l'objet de recommandations s'y rattachant.

**Tableau 7 - Plaintes avec recommandations**

| Catégories de plaintes | Recommandations |
|---|---|
| **SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE** | Installation de GPS dans les ambulances |
| Soins et services dispensés | |
| • Habiletés professionnelles | Sensibilisation des intervenants |
| • Humanisation des soins | Utilisation du matériel approprié |
| • Équipement | |
| **AGENCE** | |
| Organisation de la chirurgie d'urgence | Signature d'un protocole pour la chirurgie d'urgence. |

# RAPPORT DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE L'OUTAOUAIS

# III) RAPPORT DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE L'OUTAOUAIS

## 1. PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION EN LIEN AVEC LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Le premier volet regroupe différents tableaux contenant des informations sur les plaintes traitées par les établissements.

Le second volet renseigne, de façon sommaire, sur les activités réalisées par les établissements concernant l'amélioration de la qualité des services et la satisfaction des usagers.

### 1.1 Plaintes traitées par les établissements

Tous les établissements de la région ont déposé un rapport des plaintes à l'Agence de l'Outaouais. Cependant, le CSSS de Gatineau a été dans l'impossibilité de fournir les rapports légaux générés par le logiciel SIGPACS ce qui fait, qu'il ne s'agit pas des mêmes données que celles fournies par les autres établissements. Il a donc été impossible d'intégrer les résultats du CSSS de Gatineau dans les données régionales. Le rapport annuel des plaintes et du médecin examinateur du CSSS de Gatineau est inclus en annexe.

Comme l'indique le tableau 8, les établissements sauf le CSSS de Gatineau ont conclu 222 plaintes en 2007-2008.

**Tableau 8 - Bilan des dossiers de plaintes conclues par mission d'établissement (Par le commissaire local aux plaintes et à la qualité et le médecin examinateur)**

| Missions d'établissement | Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice | Plaintes reçues durant l'exercice | Total | Plaintes conclues durant l'exercice | Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice | Dossiers transmis au deuxième palier et au comité de révision |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CHSGS | 9 | 85 | 94 | 85 | 6 | 1 |
| CHSP | 3 | 22 | 25 | 18 | 7 | 0 |
| CHSLD | 3 | 28 | 31 | 28 | 3 | 0 |
| CLSC | 11 | 29 | 40 | 12 | 2 | 0 |
| CR (CRDI-CRDP-CRAT) | 12 | 22 | 34 | 32 | 2 | 0 |
| CPEJ-CRJDA (*) | 8 | 50 | 58 | 47 | 11 | 1 |
| TOTAL | 46 | 236 | 282 | 222 | 31 | 2 |

* Pas de médecins examinateurs

Notons, en ce qui a trait aux plaintes concernant les médecins, que le pivot du Régime d'examen des plaintes demeure le commissaire local à la qualité des services. C'est à lui que sont adressées l'ensemble des plaintes, incluant les plaintes médicales. La procédure prévoit toutefois que les plaintes soient transférées par le commissaire local au médecin examinateur pour traitement.

La *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, (L.R.Q., chapitre P-31.1) permet un recours administratif concernant les médecins, pharmaciens, dentistes et résidents. Elle prévoit aussi la nomination de médecins examinateurs et de comités de révision dans les établissements dispensant des services de santé. La conclusion rendue par un comité de révision est finale et le Protecteur des usagers n'a pas autorité sur cette conclusion.

Le tableau 9 donne un détail des plaintes conclues par mission, pour chacun des établissements de la région sauf le CSSS de Gatineau.

**Tableau 9 -Nombre de plaintes conclues par mission et par établissement**

| Mission et établissements | Plaintes conclues durant l'exercice | | |
|---|---|---|---|
| | CL[1] | ME[2] | Total |
| **Mission CHSGS** | | | |
| CSSS de Gatineau | | | |
| CSSS de Papineau | 21 | 5 | 26 |
| CSSS du Pontiac | 11 | 1 | 12 |
| CSSS des Collines | 20 | 4 | 24 |
| CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau | 18 | 10 | 28 |
| **Mission CHSLD** | | | |
| CSSS de Gatineau | | | |
| CSSS de Papineau | 6 | 1 | 7 |
| CSSS du Pontiac | 1 | 0 | 1 |
| CSSS des Collines | 5 | 0 | 5 |
| CSSS de la Vallée-de-la -Gatineau | 9 | 0 | 9 |
| CHSLD Vigi de l'Outaouais | 2 | 1 | 3 |
| CHSLD Champlain-Gatineau | 4 | 0 | 4 |
| **Mission CLSC** | | | |
| CSSS de Gatineau | | | |
| CSSS de Papineau | 19 | 5 | 24 |
| CSSS du Pontiac | 4 | 1 | 5 |
| CSSS des Collines | 7 | 0 | 7 |
| CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau | 5 | 0 | 5 |
| **Établissements régionaux** | | | |
| Centre régional de réadaptation la RessourSe | 12 | 0 | 12 |
| Centre Jellinek | 0 | 0 | 0 |
| Pavillon du Parc | 20 | 0 | 20 |
| Centre hospitalier Pierre-Janet | 16 | 2 | 18 |
| Centre jeunesse de l'Outaouais | 47 | 0 | 47 |

[1]CL : Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
[2]ME : Médecin examinateur

## 1.2 Les objets de plaintes

Pour l'année 2007-2008, les plaintes conclues par les établissements comprennent 349 objets de plaintes. Il est à noter qu'une plainte peut porter sur plusieurs objets de plaintes. Le tableau 10 présente le nombre d'objets de plaintes par mission d'établissement.

**Tableau 10 - Nombre d'objets de plaintes par mission d'établissement**

| Mission d'établissement | CL[1] | ME[2] | Total |
|---|---|---|---|
| CHSGS | 63 | 12 | 75 |
| CHSP | 21 | 3 | 24 |
| CHSLD | 28 | 2 | 30 |
| CLSC | 35 | 6 | 41 |
| CR (CRDI-CRDP-CRAT) | 53 | 1 | 54 |
| CPEJ-CRJDA | 125 | 0 | 90 |
| **TOTAL** | **325** | **24** | **349** |

[1]CL : Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
[2]ME : Médecin examinateur

**Le tableau 11 - Catégories d'objets de plaintes par mission**

| Catégories d'objets de plaintes | CHSGS | CHSP | CHSLD | CLSC | CR (CRDI-CRDP-CRAT) | CPEJ-CRJDA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Accessibilité | 25 | 4 | 6 | 15 | 21 | 14 | 85 |
| Soins et services dispensées | 6 | 8 | 14 | 13 | 18 | 79 | 138 |
| Relations interpersonnelles | 27 | 6 | 8 | 6 | 9 | 24 | 80 |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 11 | 1 | 8 | 2 | 1 | 1 | 24 |
| Aspect financier | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 8 |
| Droits particuliers | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 7 | 14 |
| Autres objets de demandes | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| **Total** | **74** | **21** | **39** | **40** | **53** | **125** | **352** |

## 1.3 Le suivi donné aux plaintes

Le tableau 12 présente le suivi donné aux objets de plaintes au cours de l'année 2007-2008, tant par les commissaires locaux que par les médecins examinateurs. Les données indiquent que 6 objets de plaintes ont été soit rejetés sur examen sommaire, 21 abandonnés ou encore interrompus et 6 refusés. Au total, 213 objets de plainte n'ont demandé aucune mesure corrective alors que 113 objets de plaintes ont suscité des recommandations de mesures correctives.

**Tableau 12 - Suites données aux objets de plaintes selon les types d'action**

| | | | | | | | Traitement complété | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Niveau de traitement** | **Rejeté sur examen sommaire** | | **Abandonné** | | **Traitement refusé/interrompu** | | **Sans mesures correctives identifiées** | | **Mesures correctives identifiées [3]** | | **Total** |
| | **CL*[1]** | **ME*[2]** | **CL** | **ME** | **CL** | **ME** | **CL** | **ME** | **CL** | **ME** | |
| Accessibilité | 1 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 46 | 0 | 32 | 2 | 87 |
| Soins et services dispensées | 2 | 0 | 12 | 3 | 0 | 0 | 89 | 9 | 37 | 3 | 155 |
| Relations interpersonnelles | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 48 | 5 | 23 | 0 | 81 |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 9 | 0 | 17 |
| Aspect financier | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| Droits particuliers | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 4 | 1 | 11 |
| Autres objets de demandes | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| **Sous-total** | **6** | **0** | **17** | **4** | **5** | **1** | **199** | **14** | **107** | **6** | **359** |
| **Total** | **6** | | **21** | | **6** | | **213** | | **113** | | **359** |

[1] CL : Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

[2] ME : Médecin examinateur

[3] Mesures correctives identifiées : mesure immédiate qui a déjà été mise en application ou mesure envisagée à long terme qui sera appliquée plus tard

## 1.4 Mode de dépôt des plaintes

Un plaignant peut formuler une plainte de façon verbale ou écrite. Le tableau 13 présente le mode de dépôt des plaintes conclues. La majorité des plaintes sont déposées de façon verbale, ce qui représente une valeur similaire à l'année précédente. On remarque que pour la majorité des plaintes déposées auprès des commissaires en CHSGS, en CHSLD, en CR et en CPEJ-CRJDA le dépôt verbal est utilisé.

**Tableau 13 - Mode de dépôt des plaintes auprès des commissaires locaux et des médecins examinateurs**

| Mission | Dépôt verbal | | Dépôt par écrit | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | CL[1] | ME[2] | CL[1] | ME[2] | CL[1] | ME[2] |
| CHSGS | 32 | 5 | 20 | 5 | 52 | 10 |
| CLSC | 13 | 3 | 17 | 3 | 30 | 6 |
| CHSLD | 11 | 1 | 1 | 0 | 12 | 1 |
| CR (CRDI-CRDP-CRAT) | 23 | 0 | 8 | 0 | 31 | 0 |
| CHSP | 10 | 2 | 6 | 0 | 16 | 2 |
| CPEJ-CRJDA * | 33 | 0 | 14 | 0 | 47 | 0 |
| **TOTAL** | **122** | **11** | **64** | **8** | **186** | **19** |

[1] CL : Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
[2] ME : Médecins examinateurs

## 1.5 Délai de traitement des plaintes

Le délai prescrit pour le traitement des plaintes est de 45 jours.

Comme l'indique le tableau 14, un nombre de 134 plaintes conclues l'ont été à l'intérieur de 45 jours et 65 ont été traitées avec un délai supérieur.

**Tableau 14 - Délais de traitement des dossiers de plaintes**

| DÉLAIS DE TRAITEMENT | COMMISSAIRE LOCAL À LA QUALITÉ DES SERVICES | MÉDECIN EXAMINATEUR | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Un jour | 5 | 2 | **7** |
| De 2 à 7 jours | 16 | 3 | **19** |
| De 8 à 30 jours | 43 | 11 | **54** |
| De 31 à 45 jours | 48 | 6 | **54** |
| De 46 à 60 jours | 20 | 4 | **24** |
| De 61 à 90 jours | 18 | 2 | **20** |
| De 91 à 180 jours | 14 | 0 | **14** |
| 181 jours et plus | 7 | 0 | **7** |
| **TOTAL** | **171** | **28** | **199** |

## 1.6 Auteur de la plainte

Le tableau 15 présente le nombre des plaintes en fonction de son auteur. On remarque que la majorité des plaintes sont déposées par les usagers eux-mêmes.

Le représentant de l'usager, c'est-à-dire une personne qui agit en lieu et place de l'usager mineur ou de la personne inapte à consentir pour elle-même représente près de la moitié des plaintes déposées. Le tiers est représenté principalement par un organisme communautaire désigné en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.R.Q., c. S-4.2).

**Tableau 15 - Auteur de la plainte et nature de l'intérêt**

| CATÉGORIES D'AUTEURS | COMMISSAIRE LOCAL À LA QUALITÉ DES SERVICES | MÉDECIN EXAMINATEUR | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Usager | 86 | 10 | 96 |
| Représentant | 70 | 10 | 80 |
| Tiers | 1 | 0 | 1 |
| Pair | 1 | 0 | 1 |
| Employé | 0 | 0 | 0 |
| Professionnel | 0 | 0 | 0 |
| Chef de département | 0 | 0 | 0 |
| Chef de service | 0 | 0 | 0 |
| Intervenant | 0 | 0 | 0 |
| Citoyen | 0 | 0 | 0 |
| Autre | 0 | 0 | 0 |
| Ex-employé | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **158** | **20** | **178** |

## 2. ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES RÉALISÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS

Au-delà de l'analyse statistique des résultats du traitement des plaintes par les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements, il est important de pouvoir dégager les impacts concrets des plaintes sur l'amélioration de la qualité des services. En effet, le traitement des plaintes et les mesures correctrices qu'elles engendrent, de même que les activités d'amélioration de la qualité des services, constituent des moyens privilégiés pour faire respecter les droits des usagers et pour augmenter leur satisfaction.

Pour refléter ces impacts, les commissaires locaux étaient appelés à fournir, dans le cadre de leur rapport annuel sur la procédure d'examen des plaintes, un volet qualitatif qui traite de l'analyse des plaintes et l'amélioration de la qualité des services. Ce rapport inclut :

- Les faits saillants de l'examen des plaintes ;
- Les faits saillants résultant des interventions (nature des activités qui ont été menées, de la propre initiative du commissaire ou après une demande faite par un usager ou un tiers, afin de corriger des situations signalées ou afin d'améliorer la qualité des services) ;
- Le nombre d'ententes conclues à la suite d'une démarche de conciliation, afin de corriger des situations signalées sans l'ouverture d'un dossier de plainte ;
- Les activités connexes de résolutions de problèmes (activités menées afin de corriger des situations signalées) ;
- Activités relatives à la promotion du Régime et du respect des droits (séances d'information, communications, documents, etc.).

Pour vous faire part des réalisations à cet égard, nous avons reproduit une partie de leur rapport qualitatif. C'est l'occasion de bien faire valoir l'importance des résultats qui découlent des actions des commissaires locaux. Pour plus de détails, vous pouvez consulter directement les rapports individuels des commissaires locaux.

Il va de soi que cette section prendra encore plus d'importance dans l'avenir alors que les commissaires locaux devront intégrer dans leur rapport l'ensemble des activités visant l'amélioration de la qualité des services au sein de l'établissement, incluant les résultats du sondage de satisfaction des usagers.

Nous profitons de l'occasion pour souligner l'engagement des commissaires locaux et des médecins examinateurs qui œuvrent tous les jours pour faire respecter les droits des usagers, toujours dans une perspective d'offrir des services de qualité.

## 2.1 Établissements locaux - CSSS

### 2.1.1 Centre de santé et de services sociaux des Collines

Deux personnes ont occupé le poste de commissaire local aux plaintes et à la qualité au CSSS des Collines au cours de l'année 2007-2008. La première a œuvré du 1er avril au 30 septembre 2007, et la deuxième, du 1er octobre 2007 au 31 mars 2008.

Le présent rapport fait état de l'ensemble des plaintes reçues et traitées au cours de l'année 2007-2008.

**Délai de traitement**

Le délai moyen de traitement des plaintes en cours d'année est de 36 jours; quatre (4) plaintes ont nécessité plus de 45 jours avant d'être conclues.

**Mode de dépôt**

Plus de 80% des plaintes ont été déposées verbalement, soit 29 plaintes sur 36.

**Observations**

On note un nombre de plaintes équivalent au cours des deux dernières années, soit 33 en 2006-2007 et 34, en 2007-2008. Tout comme l'an dernier, *l'accessibilité* représente le principal motif de plaintes suivi par les *relations interpersonnelles.*

Aucune plainte n'a été référée au protecteur du citoyen ou au comité de révision.

**Assistance**

En cours d'année, la commissaire locale aux plaintes a assisté quelques personnes dans les démarches nécessaires pour avoir accès à un médecin de famille et à comprendre un processus d'accès aux services.

**Intervention**

La commissaire locale est intervenue dans deux (2) situations :

- suite à la demande d'une usagère afin que les délais de vaccination pour les enfants respectent les recommandations de la Direction de la Santé publique.

- suite à la demande d'une personne accompagnant son conjoint hospitalisé la nuit, et ayant vécu une expérience difficile reliée aux relations interpersonnelles.

**Promotion du régime d'examen des plaintes et de l'indépendance du rôle de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité**

La promotion du régime d'examen des plaintes et de l'indépendance du rôle de la commissaire local aux plaintes et à la qualité a été réalisée par le biais de trois (3) actions au cours de l'année :

- à l'automne 2007, un article a été publié dans tous les journaux locaux du territoire en français et en anglais afin de présenter la commissaire locale aux plaintes, son rôle et ses coordonnées;

- des affiches présentant les mêmes informations sont exposées dans tous les points de services du CSSS;

- un rappel auprès des gestionnaires et employés sur la procédure de traitement des plaintes a été réalisé dans le journal de l'établissement.

**Diffusion des droits et des obligations des usagers**

Le comité sur la qualité des services a produit un dépliant sur les droits des usagers et sur les ressources auxquelles ceux-ci peuvent s'adresser en cas de besoin soit, le comité des usagers, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité, et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP).

Ce dépliant est disponible dans tous les sites du CSSS des Collines. Il est également inclus dans la pochette d'accueil qui est remise à tous les résidants et leur famille. Il est disponible en français et en anglais.

Une promotion en a également été faite dans le journal interne de l'établissement.

**Diffusion du Code d'éthique**

Au cours de l'année, deux (2) articles sur le code d'éthique ont été publiés dans le journal interne de l'établissement.

**Participation au Comité de vigilance et de la qualité**

Le comité de vigilance a tenu deux (2) rencontres au cours de l'année, l'une en décembre 2007 et l'autre en mars 2008. Le comité a élaboré ses règles de fonctionnement et en a proposé l'adoption au conseil d'administration. Elles ont été adoptées en mars 2008.

**Activités relatives à la satisfaction des usagers et au respect de leurs droits**

Une enquête de satisfaction des parents ayant fréquenté l'urgence avec un enfant de moins de 5 ans en 2006-2007 a été réalisée. Sur un total de 149 répondants, 45% se sont dits très satisfaits et 40%, satisfaits. Ces résultats représentent un indice élevé de satisfaction. L'enquête a permis d'identifier des pistes d'amélioration. Certaines sont déjà en place, et pour d'autres, il faudra attendre les réaménagements prévus à l'urgence. Les travaux d'amélioration qui en découlent se poursuivent.

Il a été fait état des résultats de cette enquête et des mesures mises en place dans deux (2) numéros du bulletin Qualité, outil interne de l'établissement, soit ceux des mois de juin 2007 et de mars 2008.

Une visite ministérielle d'appréciation de la qualité a été réalisée au printemps 2007 dans les ressources de type familial et la ressource intermédiaire. Cette visite a été l'occasion de souligner d'une part, la très bonne qualité des services offerts dans ces ressources

d'hébergement et d'autre part, la nécessité de produire des documents nécessaires à la formalisation de certains processus.

**Rapport du médecin examinateur**

Au cours de l'année 2007-2008, quatre (4) plaintes médicales ont été traitées :

- deux (2) plaintes concernaient les relations interpersonnelles;
- une plainte touchait l'aspect financier;
- et la dernière, les soins et services dispensés.

La plainte reliée à l'aspect financier a été rejetée compte tenu de l'absence de collaboration de la part de l'usager.

Dans les trois (3) autres situations, le médecin examinateur a revu le dossier des usagers et rencontré les médecins concernés. Selon l'examen réalisé, les soins et services dispensés étaient adéquats. Dans les situations impliquant les relations interpersonnelles, le médecin examinateur confirme que des rappels réguliers sont faits dans l'établissement en ce qui concerne l'importance d'une approche respectueuse envers la clientèle.

**Objectifs de résultats**

Le traitement des plaintes et les demandes d'assistance et d'intervention nécessitent la collaboration étroite du personnel et particulièrement, celle des cadres et des gestionnaires. Tout au long de l'année, cette collaboration a été exemplaire et les suivis requis ont été réalisés avec diligence.

Suite aux situations traitées, la commissaire aux plaintes et à la qualité formule quatre (4) recommandations :

**La continuité des services pour les personnes âgées**

Les services aux personnes âgées exigent une approche adaptée. Cette clientèle est vulnérable ou risque de le devenir très rapidement lorsque leur situation personnelle se dégrade ou qu'il y a modification dans celle de leur entourage. Il s'agit d'un domaine documenté et le processus de progression de la perte d'autonomie est bien connu. L'accroissement du nombre de personnes âgées au cours des prochaines années créera une pression de plus en plus grande sur les services. Une approche de type « suivi systématique » est donc requise tant pour augmenter la capacité de réponse de l'établissement que pour assurer la qualité des services. Certaines situations rencontrées au cours de l'année démontrent que des efforts sont faits afin d'implanter une telle approche adaptée, mais des efforts supplémentaires devront être faits afin qu'elle soit généralisée sur l'ensemble du continuum de services, à partir des services à domicile jusqu'aux services d'hébergement, en passant par les services hospitaliers.

**Les services d'urgence la nuit**

Il s'est produit à quelques reprises, un délai dans l'accès au médecin à l'urgence, non pas en raison de l'achalandage, mais bien en raison de demandes particulières du médecin en place. Une telle situation même si elle est exceptionnelle, n'est pas acceptable et ne devrait plus se produire.

**Les changements systémiques**

Le système téléphonique a été modifié en cours d'année. Il est maintenant possible d'accéder à l'ensemble des points de services grâce à un numéro unique. Ceci constitue un changement positif, simplifiant l'accès aux services pour les usagers et les partenaires de l'établissement. Cependant, le processus de changement a occasionné des problèmes d'accès : délai important de transfert d'un point à un autre, coupures dans les communications, difficulté d'identification du répondant ou du lieu de réponse... Il est donc recommandé de porter une attention particulière à l'impact sur les services aux usagers lors de changements systémiques.

**Les réorganisations nécessaires afin de contrer la pénurie**

La pénurie est un phénomène qui pèse lourd sur l'organisation des services et il est prévisible que cela se poursuivra au cours des prochaines années. Pour y faire face, le CSSS des Collines procède à diverses réorganisations. Celles-ci sont parfois saisonnières, parfois situationnelles. Dans les deux (2) cas, elles risquent d'avoir des conséquences négatives sur les services à la clientèle et en ont eu, au cours de la dernière année. Il est donc recommandé d'analyser très soigneusement l'impact de ces réorganisations sur la qualité des services dispensés et de mettre en place des moyens visant à en diminuer la portée.

## 2.1.2 Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

Le rapport complet du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau est reproduit en annexe.

## 2.1.3 Centre de santé et de services sociaux de Papineau

Le poste de commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Papineau a été occupé par deux personnes en 2007-2008 :
Madeleine Guimond en intérim du 1er avril au 30 août 2007 et
Damien Thibaudeau, nommé sur le poste et entré en fonction le 15 octobre 2007.

**Les faits saillants de l'examen des plaintes**

Il y a eu diminution du nombre total de plaintes par rapport à l'année précédente (47 plutôt que 58) incluant à peu près le même nombre de plaintes médicales (10 plutôt que 11).

D'une année à l'autre, on constate la même concentration dans les objets de plainte : accessibilité, soins et services dispensés et relations interpersonnelles. Cependant, il y a une diminution importante des plaintes concernant les soins et services (14 plutôt que 27) et cette diminution s'est produite surtout à l'hôpital ;

Le quart des objets de plainte (15 sur 59) porte sur les relations interpersonnelles, mais cet aspect de l'insatisfaction des usagers est très souvent à la base des autres objets de plainte ;

Le nombre élevé de plaintes au CLSC Petite-Nation (12) en comparaison avec le CLSC Vallée-de-la-Lièvre (4) s'explique par des objets de plainte en lien avec le mandat de santé physique du CLSC Petite-Nation (urgence, laboratoire, suivi médical) ;

À nouveau cet année, on observe qu'il y a très peu de plaintes formulées par les usagers des Centres d'hébergement (2).

**Bilan des mesures découlant de l'analyse des plaintes**

Parmi les 32 objets de plainte pour lesquels des mesures ont été identifiées suite à leur traitement : il y a eu 22 recommandations systémiques adressées à l'instance visée (visant à prévenir la répétition d'une situation) et 10 mesures correctives (visant à solutionner rapidement un problème ponctuel).

Toutes les recommandations formulées par le commissaire ont été accueillies favorablement par les directeurs ou gestionnaires concernés. Ces recommandations ont été implantées pour la majorité ou bien il y a eu engagement par l'instance visée à les mettre en place.

**Quelques exemples de mesures découlant de l'analyse des plaintes**

Transfert d'intervenant personnalisé à l'intérieur des équipes de santé mentale des CLSC pour les usagers les plus vulnérables et amélioration de l'information sur les boîtes vocales pour les situations d'urgence en cas d'absence des intervenants ;

Révision de la prise en charge médicale des usagers sous la CST qui consultent nos médecins aux urgences de l'Hôpital de Papineau et de CLSC Petite-Nation ;

Modification de la procédure par l'équipe des services ambulatoires de l'hôpital suite à la prescription de vaccins de désensibilisation ;

Ajout de stationnement pour handicapés à l'hôpital et affichage d'information à la population sur leur localisation pour la durée de la construction ;

Actions de sensibilisation par le supérieur immédiat auprès du personnel visé par la plainte (principalement au niveau des relations interpersonnelles avec les usagers).

**Commentaires généraux**

Une diminution du nombre de plaintes en 2007-2008, c'est à première vue surprenant, car on aurait pu s'attendre à une augmentation en raison des travaux de construction surtout à l'hôpital mais également aux deux CLSC. Il y a sûrement eu une bonne information à la population pour les déménagements de services au quotidien. De plus, il est important de souligner la diminution des plaintes à l'hôpital concernant les soins et services dispensés.

Une constatation qu'à la base de plus de la moitié des plaintes il y a des insatisfactions exprimées par les usagers sur la qualité des relations interpersonnelles, cela devrait nous inciter à accroître la sensibilisation du personnel au respect des droits des usagers notamment par la diffusion du nouveau code d'éthique unifié de notre établissement.

La procédure d'examen des plaintes étant assez peu connue de la population et même des employés de notre établissement, il y a lieu d'en poursuivre la promotion et la publication.

Par ailleurs, des séances d'informations ont été organisées avec le personnel de soins et du service administratif tandis que des contacts sont maintenus avec le bureau du Protecteur du citoyen, le comité des usagers et le C.A.A.P.

Enfin, un avis a été émis aux directions sur le code d'éthique unifié sans oublier les rapports émis au comité de vigilance.

### 2.1.4 Centre de santé et de services sociaux du Pontiac

Trente dossiers ont été traités par le commissaire. Un peu plus de 30% sont des demandes d'assistance. La majorité des plaintes proviennent du CH (57%) ; on remarque toutefois une augmentation significative des plaintes en provenance de la mission CLSC, pour 33% des dossiers. On note également une augmentation du délai de réponse attribuable à l'augmentation et à la lourdeur des tâches du personnel d'encadrement. Près de 30% des dossiers traités ont été acheminés par courriel, phénomène nouveau et aussi non négligeable.

Les faits saillants résultant des interventions du commissaire local comprennent la question de la régularisation, l'élaboration d'une politique de bilinguisme, la position du CH sur les accouchements vaginaux après césarienne, la procédure de transmission des données au médecin traitant et la modification du processus de triage.

Par ailleurs, des contacts sont maintenus avec le comité des usagers et des communications ponctuelles ont eu lieu avec la direction générale et le conseil d'administration.

### 2.1.5 Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Gatineau

Au total, 42 plaintes ont été conclues, comparativement à 27 plaintes en 2006-2007.

En CLSC :

- 2 objets de plaintes concernant les relations interpersonnelles ;
- 2 objets de plaintes concernant les soins et services dispensés ;
- 2 objets de plaintes concernant l'accessibilité ;
- 1 objet de plainte concernant l'organisation du milieu et des ressources matérielles.

En CHSLD :

- 5 objets de plaintes concernant les soins et la qualité des services dispensés ;
- 3 objets de plaintes concernant les relations interpersonnelles ;
- 1 objet de plainte touchant l'organisation du milieu et des ressources matérielles ;
- 1 objet de plainte touchant l'aspect financier.

En CHÍ :

- 11 objets de plaintes concernant les relations interpersonnelles ;
- 4 objets de plaintes concernant les soins et services dispensés ;
- 2 objets de plaintes touchant l'accessibilité ;
- 1 objet de plainte touchant l'aspect financier.

67 % des plaintes visent la mission CH
21 % des plaintes visent la mission CHSLD
12 % des plaintes visent la mission CLSC

On recommande :

- De poursuivre la formation (formation continue) sur la relation d'aide et l'approche relationnelle, pour l'ensemble des intervenants ;
- De transmettre l'information et la formation à l'ensemble du personnel sur le code d'éthique ;
- D'assurer le suivi des recommandations par le comité de vigilance.

De plus, diverses activités d'information sur le rôle du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont été réalisées auprès du comité des usagers, du comité des résidents, des étudiantes-infirmières. Rédaction d'un article dans le journal interne de l'établissement sur le rôle du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Une distribution régulière d'affiches d'information sur les démarches à suivre pour formuler une plainte, dans les différents sites et programmes du CSSSVG.

## 2.2 Les établissements régionaux

### 2.2.1 Les Centres jeunesse Outaouais

Encore une fois cette année, nous pouvons constater un maintien de la tendance de l'année dernière puisque, à ce jour, le nombre de plaintes est semblable à celui de l'année précédente, soit 60 en date du 31 mars 2008.

L'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité devient de plus en plus une intervention de clarification en rapport avec les droits des parents, des enfants et des obligations de la DPJ. Ces droits sont déjà expliqués au début de l'intervention, comme il se doit, mais ils semblent ne pas toujours être compris.

Ainsi, sur les 60 plaintes, on retrouve un total de 128 différents objets de plaintes dont plus de la moitié (77) portent sur des insatisfactions reliées aux soins et services dispensés, plus particulièrement au niveau de l'évaluation et du jugement professionnel (36) et des habiletés techniques et professionnelles (26), donc du savoir-être et du savoir-faire. Les 123 différentes insatisfactions formulées sous forme de demandes d'interventions suivent la même foulée.

L'intervention de l'établissement, par l'entremise de son commissaire, et ce, tant au niveau des plaintes que des interventions, a été d'apporter conseils, informations générales et

spécifiques, de négocier et de rétablir les liens entre intervenants et parents, le tout sans mesures correctrices dans 94 objets de plainte. Il s'agit donc, dans la majorité des cas, de plaintes réglées à la satisfaction de nos plaignants, mais surtout au niveau de leur compréhension des processus en cours. Pour la première fois cette année, 10 plaintes ont été retirées à la demande des plaignants, avant la rédaction des conclusions. Ce processus allonge le temps de traitement d'une plainte, mais semble apporter des résultats à long terme plus que rentables.

Toutefois, 2 plaintes particulières ressortent du groupe et entraînent des recommandations d'ordre systémique. La première porte sur la confidentialité entre professionnels à la période d'évaluation et la seconde sur une erreur reliée au transport. Les recommandations suggérées ont été accueillies favorablement par les différentes instances et sont en implantation depuis le mois d'octobre 2007.

Il serait toutefois utile que le conseil d'administration donne son aval à ces recommandations afin de s'assurer de leur suivi dans les années qui viennent.

**En regard avec la confidentialité, il est recommandé :**

- que la direction des ressources humaines s'assure de mettre l'emphase sur la confidentialité de la personne déclarante dans le cadre des formations offertes sur la Loi de la protection de la jeunesse, à l'accueil des nouveaux employés.
- que le directeur de la protection de la jeunesse s'assure que tous les autres employés de l'établissement reçoivent un avis de sa part pour rappeler l'importance de la confidentialité, ceci par mesure de prévention.
- que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services s'assure de ramener ce point lors de chacune de ses visites dans les différents points de services.

**En regard avec le transport, il est recommandé :**

- qu'en plus du transporteur impliqué, que chacun des transporteurs soit informé, à titre préventif, de remettre à l'enfant non seulement à sa destination, mais aussi de s'assurer qu'il a un adulte pour l'accueillir et qu'un formulaire soit rédigé à cet effet.

Pour ce qui est de l'année à venir, soit 2008-2009, le commissaire aux plaintes et à la qualité portera une attention particulière aux droits de nos parents et de nos jeunes et à la façon la plus appropriée de le faire.

## 2.2.2 Le Centre de réadaptation la RessourSe

### Les faits saillants de l'examen des plaintes

Le nombre de plaintes reçues en 2007-2008 est de 13, ce qui est comparable au nombre de plaintes reçues en 2006-2007, soit 12. La majorité des plaintes se retrouvent au niveau de la mission déficience motrice (12) ce qui est semblable à l'année dernière (10). On retrouve 1 plainte pour la déficience auditive. Il n'y a eu aucune plainte en déficience visuelle alors qu'il y en avait eu 2 l'année dernière pour lesquelles l'insatisfaction concernait le délai pour obtenir un service. Notons que l'établissement a fait une réorganisation des tâches au cours

de l'année 2007-2008 dans le secteur déficience visuelle , ce qui a amélioré l'accessibilité au service pour la clientèle.

Le délai d'attente pour obtenir un service demeure l'objet principal des plaintes déposées en 2007-2008, tout comme l'année dernière, et est réparti dans les différents programmes pour la clientèle enfant et adulte.

Un des motifs d'insatisfaction pour la catégorie accessibilité concernait le processus de transfert vers un hébergement du réseau public suite au congé de l'usager au programme de réadaptation fonctionnelle intensive. L'établissement a revu l'information transmise aux usagers et leur proche sur le processus de transfert, ce qui permet d'améliorer la préparation au congé.

Un des motifs d'insatisfaction pour la catégorie soins et services dispensés concernait l'organisation des services pour un usager et son adaptation au milieu de vie suite à son transfert du programme de réadaptation fonctionnelle intensive vers une ressource de l'établissement (RTF). L'établissement a révisé le processus de transition et la préparation au congé du client qui termine le programme e réadaptation

**Les faits saillants résultant des interventions**

Il y a eu 2 demandes d'interventions dont une qui venait d'un proche d'usager et l'autre d'un tiers. Elles touchaient l'organisation du milieu et des ressources matérielles.

Une insatisfaction portait sur le confort d'une salle de traitement (température de l'air ambiant). La demande a été référée à la personne responsable de l'entretien technique et une vérification de la température et du système de chauffage a été faite.

Une autre demande d'intervention concernait la disponibilité de certains équipements. Les commentaires reçus par la commissaire locale ont été transmis à la conseillère à la qualité et un suivi a été fait auprès de la direction générale. Un ajustement dans l'organisation de l'environnement a eu lieu afin de rendre plus accessibles certains équipements pour la clientèle.

Enfin, des contacts réguliers ont eu lieu avec le comité des usagers, le C.A.A.P., l'office des personnes handicapées visuelles de l'Outaouais et l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec.

### 2.2.3 Le Centre Jellinek

Le nombre de plaintes reçues en 2007-2008 est de 1, ce qui est inférieur au nombre de plaintes reçues en 2006-2007 (4). Notons qu'en 2006-2007, 3 plaintes touchaient le même motif, soit relation interpersonnelle pour un même membre du personnel. L'établissement a émis des mesures suite au traitement de ces 3 plaintes pour améliorer la qualité des services. À noter qu'en 2005-2006, 2 plaintes avaient été reçues et concernaient : les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles et les droits particuliers.

La plainte reçue en 2007-2008 est actuellement en voie de traitement et touche l'aspect des soins et services dispensés et droit particulier.

Les membres de l'exécutif du comité des usagers ont consulté le commissaire local sur un motif d'insatisfaction exprimé par des usagers. À la lumière des informations recueillies, aucune intervention de la part du commissaire n'a été justifiée. Toutefois, le comité des usagers a échangé avec la direction générale sur cette préoccupation.

Une seule demande d'assistance a été reçue en 2007-2008. Elle concernait l'accessibilité aux services. L'usager s'est adressé à la commissaire locale pour savoir s'il était possible d'être admis la fin de semaine au programme de désintoxication. Cet usager avait parlé à différentes personnes et voulait clarifier l'information reçue sans toutefois porter plainte. Après avoir échangé avec le cadre concerné, la commissaire locale a donné des clarifications à l'usager sur les critères d'accès et les procédures d'admission au programme. L'usager s'est dit satisfait des informations reçues.

Notons enfin que dans le cadre de la promotion du régime de plaintes, des rencontres d'information ont eu lieu avec le personnel clinique et d'encadrement.

### 2.2.4 Centre hospitalier Pierre-Janet

**Les faits saillants de l'examen des plaintes**

Le nombre de plaintes reçues (22) en 2007-2008 est similaire à l'année dernière (23). Il y a eu 5 plaintes médicales cette année comparée à 3 l'an dernier; sur les 5 plaintes médicales, 2 ont été conclues et les motifs d'insatisfaction touchaient les soins et services dispensés et il n'y a pas eu de mesures correctives.

Nous pouvons constater que la majorité des plaintes sont déposées par les usagers eux-mêmes et proviennent principalement d'usagers adultes hospitalisés ou ayant des services externes.

Pour les plaintes traitées par le commissaire local, les motifs d'insatisfactions sont répartis principalement dans les catégories suivantes : soins et services dispensés (38% comparé à 14% en 2006-2007), relations interpersonnelles (29% comparés à 32% en 2006-2007) et accessibilité (19% comparé à 7% en 2006-2007). Il n'y a pas de problématique dominante notée suite à l'analyse des plaintes.

- pour la catégorie accessibilité, les principaux motifs d'insatisfactions sont : le délai pour obtenir un rendez-vous ou avoir accès à un programme ainsi qu'à l'accessibilité à un service en anglais.

- Dans la catégorie soins et services dispensés, les motifs d'insatisfactions concernent : l'approche thérapeutique, le contenu, l'élaboration du plan d'intervention et le jugement professionnel.

- Pour l'aspect relations interpersonnelles, les motifs d'insatisfactions concernent principalement l'attitude d'un membre du personnel; par contre, il a été noté que pour chacune de ces plaintes, les interventions effectuées par les employés avaient pour but de rappeler à l'usager un élément de son plan d'intervention (par exemple

favoriser son autonomie, gérer son agressivité); l'usager peut interpréter ces interventions come étant «directives» alors que le but est de lui donner un encadrement ou du soutien.

La catégorie organisation du milieu et ressources matérielles concerne 5% des objets de plainte alors que l'an dernier cette catégorie comptait pour 36% et le principal objet d'insatisfaction concernait la qualité de l'air ambiant pour lequel une mesure corrective avait été émise par l'établissement afin d'améliorer cet aspect.

Tout comme l'an dernier, la majorité des objets de plaintes n'ont pas fait l'objet de mesures correctives. Ces mesures, au nombre de 3 (soit 10% des objets de plaintes traitées) concernaient : l'encadrement d'un intervenant, mesure disciplinaire et amélioration des communications, soit mieux informer lès usagers sur les heures d'ouverture d'un service externe.

Il n'y a eu aucune plainte transmise au deuxième palier en 2007-2008. Deux plaintes qui avaient été transmises au deuxième palier l'an dernier ont été conclues cette année. Une de ces plaintes qui concernait la continuité des services et l'attitude d'un membre du personnel, a fait l'objet de recommandations émises par le Protecteur du citoyen, soit : l'encadrement des intervenants, l'élaboration d'un protocole clinique et l'élaboration d'un règlement (encadrement des professionnels). Ces mesures ont toutes été implantées par l'établissement.

70% des plaintes ont été conclues dans le délai de 45 jours, ce qui est comparable à l'an dernier.

**Les faits saillants résultant des interventions**

Il y a eu 15 demandes d'intervention cette année, ce qui est similaire à l'année dernière (14). La majorité des demandes visaient la nature ou la continuité des services pour la clientèle adulte hospitalisée ou ayant un suivi externe et ont été faites par des proches d'usagers ou l'usager lui-même. Il y a eu 5 demandes provenant de tiers qui concernaient l'organisation du milieu pour des unités d'hospitalisation ou des ressources de l'établissement (aménagement des espaces communs, qualité de l'air ambiant et règles du milieu de vie).

Les principales actions effectuées pour les demandes d'interventions consistaient à :

**Accessibilité**

- obtenir un rendez-vous à un usager pour un examen qui avait été annulé par manque de personnel
- adresser une demande au chef de service pour donner un rendez-vous à un usager pour un suivi médical, suite à une réorganisation du service en externe
- adresser une demande au chef de service pour un changement de psychiatre

**Soins et services dispensés**

- adresser une demande au cadre concerné afin d'améliorer la procédure entourant l'administration de la médication aux usagers vivant dans des résidences, lors des sorties ou congés de fin de semaine

- adresser une demande au gestionnaire afin de clarifier la procédure sur le droit de circuler pour les usagers de l'aire de débordement
- adresser une demande à l'équipe soin afin de rencontrer un proche d'usager pour l'informer du suivi en communauté suite au congé de l'hôpital

**Organisation du milieu et des ressources matérielles**

- adresser une demande au chef de service pour remplacer ou réparer du mobilier dans le but d'améliorer l'aménagement des espaces communs pour les usagers
- transmettre au chef de service les préoccupations des employés sur les effets de la fumée secondaire dans une unité de soins; suivi fait avec une firme externe pour vérifier le système de ventilation
- transmettre au chef de service les préoccupations de certains employés sur l'intimité des usagers dans une unité de soins; suivi fait et travaux planifiés dans le but d'améliorer certaines installations (rideaux) pour faciliter les soins donnés aux usagers
- transmettre au gestionnaire concerné des préoccupations qui avaient té apportées sur la qualité de l'alimentation des usagers vivant dans une ressource de l'établissement; suivi fait auprès de la responsable de la ressource afin de mettre des mesures en place pour améliorer cet aspect

**Droits particuliers**

- adresser une demande au chef de service d'une unité de soin afin d'apporter des clarifications à un usager sur l'objectif d'une évaluation faite par des experts externes
- adresser une demande au chef de service afin qu'un suivi soit fait avec l'usager et son représentant pour lui expliquer les décisions prises en lien avec son plan de soin

**Les activités connexes de résolution de problèmes**

Les demandes d'assistances provenaient principalement de la clientèle adulte hospitalisée ou ayant un suivi en externe. Il y a eu aussi des demandes provenant des membres de la famille qui voulaient des clarifications sur les services donnés à l'usager. Les principaux motifs d'insatisfactions concernaient : l'accessibilité, les soins et services dispensés, l'organisation du milieu et ressources matérielles et les droits des particuliers.

**Les principales actions effectuées pour les demandes d'assistances visaient à :**

- aider des usagers à formuler une demande pour un changement de psychiatre
- donner de l'information aux usagers ou à leurs proches sur les critères d'accès à un programme et sur les délais d'attente
- apporter des clarifications à des usagers sur les règles du milieu de vie, les droits de sorties (congé de fin de semaine) ou le processus de garde en établissement
- faire des liens entre l'équipe soin, l'usager et le chef de service concerné pour clarifier certains éléments du plan d'intervention (privilèges par exemple)
- référer les usagers ou leur proche aux intervenants de la communauté pour un suivi suite au congé d'hospitalisation
- référer des proches d'usagers au service des archives pour avoir accès à de l'information dans le dossier de l'usager
- assister un usager pour obtenir les services d'un avocat en lien avec des interventions liées au tribunal administratif du Québec
- assister un usager pour obtenir un remboursement suite à un bris d'un bien personnel

**Les faits saillants résultant des interventions**

Les demandes d'interventions provenaient principalement de la clientèle adulte hospitalisée ou ayant un suivi en externe. Il y a eu également 5 demandes provenant de tiers qui concernaient l'aspect organisation du milieu. Les autres motifs d'insatisfactions concernaient principalement l'accessibilité, es soins et services dispensés et les droits particuliers.

**Les principales actions effectuées pour les demandes d'intervention consistaient à :**

**Accessibilité**

- obtenir un rendez-vous à un usager pour un examen qui avait été annulé par manque de personnel
- adresser une demande au chef de service pour donner un rendez-vous à un usager pour un suivi médical, suite à une réorganisation du service en externe
- adresser une demande au chef de service pour un changement de psychiatre

**Soins et services dispensés**

- adresser une demande au cadre concerné afin d'améliorer la procédure entourant l'administration de la médication aux usagers vivant dans des résidences, lors des sorties ou congés de fin de semaine
- adresser une demande au gestionnaire afin de clarifier la procédure sur le droit de circuler pour les usagers de l'aire de débordement
- adresser une demande à l'équipe soin afin de rencontrer un proche d'usager pour l'informer du suivi en communauté suite au congé de l'hôpital

**Organisation du milieu et des ressources matérielles**

- adresser une demande au chef de service pour remplacer ou réparer du mobilier dans le but d'améliorer l'aménagement des espaces communs pour les usagers
- transmettre au chef de service les préoccupations des employés sur les effets de la fumée secondaire dans une unité de soins; suivi fait avec une firme externe pour vérifier le système de ventilation
- transmettre au gestionnaire concerné les préoccupations de certains employés sur l'intimité des usagers dans une unité de soins; suivi fait et travaux planifiés dans le but d'améliorer certaines installations (rideaux) pour faciliter les soins donnés aux usagers
- transmettre au gestionnaire concerné les préoccupations qui avaient été apportées sur la qualité de l'alimentation des usagers vivant dans une ressource de l'établissement; suivi fait auprès de la responsable de la ressource afin de mettre des mesures en place pour améliorer cet aspect.

**Droits particuliers**

- adresser une demande au chef de service d'une unité de soin afin d'apporter des clarifications à un usager sur l'objectif d'une évaluation faite par des experts externes
- adresser une demande au chef de service afin qu'un suivi soit fait avec l'usager et son représentant pour lui expliquer les décisions prises en lien avec son plan de soin.

Enfin, des réunions d'informations ont été organisées avec le personnel de soins et des contacts ont eu lieux avec le Protecteur du citoyen, le comité des usagers, le C.A.A.P. et Droits-Accès Outaouais.

### 2.2.5 Le Pavillon du Parc

**Les faits saillants de l'examen des plaintes**

Le nombre de plaintes reçues en 2007-2008 (8) est inférieur à l'année dernière (15). Notons que l'an dernier, 4 plaintes touchaient le même motif d'insatisfaction soit accessibilité / transfert du milieu de vie et ces plaintes ont été conclues cette années. Au total, 20 plaintes ont été conclues au cours de l'année 2007-2008.

Tout comme l'an dernier, les motifs d'insatisfaction touchent principalement le délai pour la prise en charge dans un programme et le suivi ou la révision du plan d'intervention.

Les plaintes sont réparties dans les différents programmes et touchent différentes clientèles.

Sur les 20 plaintes conclues en 2007-2008, la répartition par programme et clientèle est la suivante :

- 5 plaintes concernent le programme service résidentiel pour la clientèle enfant ; un des motifs d'insatisfaction est relié au délai pour obtenir le service et 4 autres concernent le transfert de milieu de vie.
- 4 plaintes concernent la clientèle ayant un TED (trouble envahissant du développement) et les motifs sont reliés au délai pour la prise en charge ou la continuité des services pour le groupe d'âge 6-21 du programme soutien à la personne.
- 8 plaintes concernent la clientèle ayant une DI (déficience intellectuelle) au programme soutien à la personne, 6-21 ans et les motifs d'insatisfactions sont reliés principalement au suivi du plan d'intervention et également à l'approche thérapeutique, à la communication avec l'entourage, au choix du professionnel et au délai pour la prise en charge dans ce programme.
- 3 plaintes concernent la clientèle adulte ayant une DI dont une au programme socio professionnel pour l'attente de service et deux au programme soutien de la personne dont le motif d'insatisfaction touche l'organisation des soins.

**Les faits saillants résultant des interventions**

Il y a eu 2 demandes d'interventions provenant chacune du représentant de l'usager. Une demande concernait le choix du professionnel ; le gestionnaire a été mis au courant de la situation d'insatisfaction et il y a eu changement d'intervenant. L'autre demande concernait des préoccupations sur l'organisation des services dans une ressource ; une rencontre a été organisée avec le gestionnaire, le représentant de l'usager et les différents professionnels impliqués auprès de l'usager afin de discuter des préoccupations soulevées et clarifier les attentes.

**Nombre d'assistance : 4**

3 demandes concernaient le volet accessibilité/délai pour la prise en charge dans un programme dont 2 pour le volet soutien à la personne 6-21 ans (TED) et 1 pour le volet de répit spécialisé.

La nature des démarches consistait à :

➢ donner l'information aux proches d'usagers sur les ressources disponibles de l'établissement, le délai d'attente au programme et les référer au gestionnaire concerné pour plus de précisions. Ils ont été également référés aux services disponibles (soutien) en attendant la prise en charge au programme concerné.

Une demande concernait les soins et services dispensés et le représentant de l'usager a été référé à l'intervenant pour des clarifications sur le plan de service de l'usager.

**Nombre d'intervention : 2**

Une demande concernait l'accessibilité pour le choix du professionnel. Le gestionnaire a été mis au courant du motif d'insatisfaction exprimé par le représentant de l'usager et il y a eu changement d'intervenant.

Une demande concernait l'organisation des services dans une ressource de l'établissement. Une rencontre a été organisée avec le gestionnaire et les intervenants impliquées afin que le représentant de l'usager puisse discuter de ses préoccupations et les attentes ont été clarifiées.

Enfin, des communications ont eu lieu avec le Protecteur du citoyen, le comité des usagers, le C.A.A.P et la Fédération québécoise des CRDI.

## 2.3 Les établissements privés conventionnés

### 2.3.1 Le CHSLD Champlain-Gatineau

L'objet de plainte qui concerne les problèmes de communication et d'attitude du personnel envers les résidents et les familles a suscité beaucoup de discussions avec les gestionnaires de Groupe Champlain et de l'établissement. Les recommandations ont amené l'élaboration pour 2008-2009, d'un programme de support aux familles à être réalisé par la direction des services cliniques Groupe Champlain.

Cinq dossiers d'assistance ou d'information ont été traités dans l'établissement en 2007-2008. Il s'agissait pour la plupart de rediriger les personnes vers les gestionnaires concernés dans l'établissement. Aucun dossier ne s'est transformé en plainte.

Aucun dossier d'intervention n'a été traité dans l'établissement en 2007-2008.

Un dossier a été traité avec le bureau du Protecteur du citoyen.

Aucun expert interne n'a été consulté dans le cadre de l'exercice de la fonction de commissaire.

La promotion de l'indépendance du rôle a été faite :

- auprès de l'ensemble es gestionnaires de l'établissement en juin 2007
- auprès du comité des usagers de Groupe Champlain en novembre 2007
- auprès des résidents et des familles de l'établissement en juin 2007

Si des interventions ponctuelles ont eu lieu tout au long de l'année 2007-2008, un plan d'action sera mis en œuvre en 2008-2009 en partenariat avec les comités de résidents / usagers, ayant comme objectif la diffusion des droits et des responsabilités des résidents et la responsabilisation des intervenants dans ce domaine.

Le code d'éthique de Groupe Champlain a été diffusé à l'automne 2007. Une copie a été remise à chaque résident hébergé et est distribuée à chaque nouveau résident admis dans l'établissement.

La procédure du régime d'examen des plaintes a reçu son certificat de conformité en mai 2007 et a été présentée :

- à l'ensemble des gestionnaires de l'établissement en juin 2007
- aux membres du comité des usagers de Groupe Champlain en novembre 2007
- aux résidents et aux familles de l'établissement en juin 2007

Une lettre circulaire a été envoyée à tous les résidents et les familles en juin-juillet 2007. Des affiches sont affichées sur tous les étages de l'établissement et des dépliants sont disponibles dans l'établissement.

Le comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration a été formé et s'est réuni à deux reprises en 2007-2008.

Deux documents faisant une analyse systémique de la qualité offerte dans l'établissement ont été déposés au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration en novembre 2007 et en janvier 2008.

### 2.3.2 Le CHSLD Vigi de l'Outaouais

**Dossier de suivi aux rapports d'interventions du Protecteur du citoyen**

Au cours de la période, la déléguée du Protecteur du citoyen a procédé à l'examen d'une plainte en deuxième recours (plainte reçue en novembre 2006) a remis le 26 avril 2007 ses premières conclusions comportant 2 recommandations à l'établissement. Suite à une deuxième visite, elle révisait le 27 novembre 2007 ses conclusions en précisant que l'établissement pouvait surseoir de façon définitive à la mise en œuvre de la première recommandation. Pour ce qui est de la deuxième recommandation, en lien avec des démarches d'amélioration fonctionnelles et techniques, la mise en œuvre est tributaire des ressources allouées à l'établissement par des instances externes. À ce jour, l'établissement a assuré tous les suivis nécessaires et en a informé le commissaire.

**Application de la procédure**

- Réception de l'avis de la direction de la qualité du MSSS en date du 7 mai 2007 concernant la conformité de la procédure d'examen des plaintes.
- Participation conjointe du commissaire et du médecin examinateur à la formation du MSSS «Traitement d'une plainte de A à Z, comment s'y prendre», le 31 janvier 2008 à Montréal.

**Promotion du régime d'examen des plaintes et du rôle du commissaire**

- Révision et publication du dépliant «Votre satisfaction nous tient à cœur» destiné à la clientèle présentant la procédure d'examen des plaintes et les coordonnées du commissaire. Ce dépliant est notamment distribué à l'intérieur d'une pochette d'information remise lors de l'admission d'un résident.
- Révision et publication du dépliant «L'excellence au cœur de nos soins et services» destiné au personnel et constituant un guide explicatif sur la procédure d'examen des plaintes et l'approche positive et constructive à privilégier face aux plaintes.
- Participation au bulletin d'information intitulé « Le saviez-vous ? » par la rédaction d'un article publié en décembre 2007 et destiné à l'ensemble des résidents et familles (par envois postaux). Cet article, intitulé « Les étapes de la satisfaction » , présentait un organigramme conçu afin de favoriser la compréhension du régime et les recours possibles en plus de rappeler le nom et les coordonnées du commissaire.
- Collaboration à l'adaptation d'une formation destinée aux ressources bénévoles abordant les droits des résidents, la procédure d'examen des plaintes et le rôle attendu des bénévoles à cet égard.
- Participation du commissaire à une réunion régulière du comité de résidents tenue le 20 février 2008 pour présentation et discussion entourant la politique révisée d'examen des plaintes et la contribution du comité de résidents au régime es plaintes.
- Création et diffusion au rez-de-chaussée du CHSLD d'un message d'accueil sous forme d'une affiche portant sur les mécanismes de communication, le rôle ainsi que le nom et les coordonnées du commissaire.
- Participation du commissaire dans le cadre d'un café-rencontre des membres de l'Association des bénévoles du CHSLD sur le rôle du commissaire et la procédure d'examen des plaintes.

**Diffusion du code d'éthique**

- Contribution aux activités de diffusion du nouveau code d'éthique révisé dont l'élaboration du plan de communication.
- Promotion et présentation du code d'éthique révisé auprès des membres du comité de résidents.
- Promotion du code d'éthique auprès des intervenants, bénévoles, résidents et leurs proches.
- Participation au bulletin d'information intitulé « Le saviez-vous ? » de juin 2007 par la rédaction d'un texte présentant le code d'éthique révisé.

**Autres participation du commissaire**

- Réception des informations provenant de la Tale des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la région de l'Outaouais et participation active aux rencontres de tables similaires au sein d'autres régions (Laurentides, Lanaudière et Laval).
- Participation aux travaux du comité de vigilance et de la qualité de Vigi Santé.
- Participation à l'élaboration du règlement concernant le comité de vigilance et de la qualité de Vigi Santé adopté le 28 mai 2007.

**Liens avec le comité des usagers de Vigi Santé et le comité de résidents du CHSLD Vigi de l'Outaouais**

- Collaboration à l'élaboration du règlement de régie interne du comité des usagers et des comités de résidents de Vigi Santé.
- Assistance, sur demande du comité de résidents, dans la procédure de suivi face à certaines recommandations ou demandes auprès des directions et services en lien avec le respect des droits des résidents.

**Activités relatives à l'amélioration de la satisfaction des résidents**

- Participation à la rencontre de présentation des recommandations du rapport de visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé pour l'établissement Vigi Santé.
- Collaboration au plan d'action du CHSLD Vigi de l'Outaouais pour la mise en œuvre des orientations ministérielles sur l'approche milieu de vie.
- Analyse des résultats obtenus par la démarche continue d'appréciation de la satisfaction de la clientèle au CHSLD et suivi des insatisfactions auprès des directions et services concernés.
- Collaboration à l'élaboration d'une grille d'appréciation de la qualité du milieu de vie.

**Activités relatives au respect des droits des résidents**

- Participation à la mise sur pied d'une semaine dédiée à la promotion et la protection des droits des résidents de tous les centres d'hébergement de Vigi Santé dont le thème est « Je cultive les droits» en collaboration avec le comité de résidents.
- Participation du commissaire à la formation de l'AQESS en collaboration avec l'AEPC « soins à domicile en hébergement, entre légalité et légitimité » le 23 novembre 2007 à Montréal.
- Collaboration en cours à l'élaboration d'une formation destinée aux cadres et traitant des paramètres législatifs et organisationnels du milieu de vie.

# CONCLUSION

## CONCLUSION

En guise de conclusion, nous souhaitons vous faire part de certains constats qui émergent de l'analyse des résultats présentés dans ce rapport, puis d'identifier certains enjeux liés à l'application des nouvelles dispositions de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, (L.R.Q., 2005 chapitre 32) en matière de protection de droits des usagers pour la prochaine année.

L'absence de données comparables en 2007-2008 rend l'analyse très difficile mais on peut dégager :

Au niveau du nombre de plaintes traitées dans les établissements autres que le CSSS de Gatineau, le nombre de plaintes conclues (220) est relativement le même que l'année précédente (222). On observe une augmentation significative du nombre de plaintes conclues au Pavillon du Parc passant de 4 en 2006-2007 à 20 en 2007-2008.

Les demandes d'assistance et d'accompagnement quant à l'accessibilité médicale sont depuis le 1er avril 2006 sous la responsabilité des cinq Centres de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Le nombre de personnes qui font des démarches pour trouver un médecin de famille est en croissance par rapport à l'année précédente et cette tendance risque de se reproduire au cours des années qui viennent puisque l'accès aux services médicaux de première ligne ou spécialisés est nettement la plus grande préoccupation exprimée par la population de la région. Le nombre de demandes est en croissance et il faudra plusieurs années avant que la situation s'améliore pour l'ensemble des clientèles. Tel que le ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr. Couillard, l'avait souligné, tout porte à croire que cette situation pourra se résorber à moyen terme, compte tenu du plus grand nombre de finissants dans les universités et d'une meilleure planification de la main-d'œuvre médicale. Entretemps, il faut rechercher les solutions transitoires.

Soulignons celle retenue par le DRMG qui consiste à prioriser la clientèle la plus vulnérable par le biais des activités médicales particulières. On ne peut que féliciter cette décision qui respecte les besoins des plus vulnérables.

Enfin, soulignons la décision du MSSS de reconnaître un statut particulier à l'Outaouais par la mise en place du plan d'action Santé Outaouais en juin 2007. Il s'agit sans contredit d'une occasion de mobilisation de l'ensemble des acteurs de la région pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé, la mise à niveau des équipements médicaux et le développement des ressources humaines.

Les demandes d'assistance et d'accompagnement adressées à l'Agence portent principalement sur l'accessibilité aux services médicaux de première ligne et spécialisés. L'accès aux services de gynécologie et à des procédures comme les pap test comptent pour une grande partie des demandes. Dans ce dernier cas, il est prioritaire de trouver une façon d'améliorer l'accès à un pap test pour les femmes de l'Outaouais. L'accès aux services d'orthopédie demeure une préoccupation majeure alors que les délais pour différentes procédures chirurgicales continuent d'être la majeure en demandes d'accompagnement.

En ce qui concerne plus particulièrement les plaintes exprimées auprès de l'Agence, les circonstances ont fait que le poste de commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a été dépourvu de son titulaire pour une certaine période ainsi que le poste d'adjointe administrative. Le nombre de plaintes conclues est directement lié à cette situation. Avec les ressources dont il disposait, le commissaire régional par intérim a choisi de s'occuper des situations urgentes, notamment plusieurs interventions dans le réseau pouvant avoir un impact sur un ensemble d'usagers et les examens dans les résidences pour personnes âgées.

Les plaintes conclues touchaient les services préhospitaliers d'urgence (5) et une seule fut traitée à l'intérieur des délais. Les plaintes déposées par ailleurs se décomposaient comme suit : 2 touchaient les organismes communautaires, 11 les services préhospitaliers d'urgence, 7 l'Agence et 2 les résidences privées. Mentionnons ici que l'ensemble de ces plaintes ont été conclues d'avril à juillet 2008 au moment ou le poste de commissaire régional a été comblé à temps plein et que des ressources supplémentaires ont été accordées pour conclure les plaintes.

Parmi les plaintes déposées et non conclues, 6 plaintes touchaient la politique de déplacement des usagers hors territoire. Celles-ci furent mises en attente suite à une révision attendue de la politique ministérielle en cette matière. Finalement, l'Agence a pris la décision de régler la grande majorité de ces plaintes au cours de l'été 2008.

Enfin, comme l'année précédente, la majorité des plaintes adressées à l'Agence touchent les services préhospitaliers d'urgence. Il se dégage de celles-ci que le public en général semble très peu informé du fait qu'il ne s'agit pas d'un service gratuit pour tous les utilisateurs. Même situation au niveau des délais d'attente alors qu'un système de priorisation des appels permet de diriger les ambulances vers les cas les plus urgents. Il serait souhaitable que des efforts soient faits pour mieux renseigner la population de l'Outaouais.

Les commissaires aux plaintes et à la qualité des services exercent les nouvelles responsabilités apportées par les changements à la Loi sur les services de santé et sociaux,(L.R.Q., c .S-4.2) et il semble bien que la diversification des actions disponibles aux commissaires (approches de conciliations, interventions de leur propre initiative, avis et recommandations, informations aux usagers et au personnel, etc.) mènent de plus en plus à des solutions pour les usagers et à une amélioration de la qualité des services. Les comités de vigilance sont fonctionnels et ce nouvel outil disponible aux conseils d'administration des établissements sera une composante importante d'amélioration de la qualité des services au cours des prochaines années.

Rappelons à cet effet les nouvelles dispositions du Régime d'examen des plaintes mis en place par le législateur :

Le pouvoir pour tous les commissaires locaux et régionaux d'intervenir de leur propre initiative lorsque des faits sont portés à leur connaissance et qu'ils ont des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ;

Le lien avec une nouvelle instance du conseil d'administration d'un établissement ou de l'Agence, le comité de vigilance et de la qualité, qui assiste le conseil d'administration dans sa responsabilité de garantir la qualité des services offerts et le respect des droits des usagers ;

Enfin, dans le cas des commissaires régionaux, la responsabilité du traitement des plaintes d'usagers de services des résidences privées pour personnes âgées inscrites au registre et qui ont obtenu leur certification (articles 341, 0.1 à 346, 0,20).

Il s'agit de quelques-unes des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, (L.R.Q., c. S-4.2) et l'Agence devra sensibiliser les divers acteurs concernés sur l'ensemble des changements en cours. Ces changements reflètent la volonté claire des ministres de vouloir donner un nouveau souffle au Régime de protection de droits des usagers.

Ils auront des impacts certains sur le fonctionnement à venir du bureau du commissaire régional. Notons l'accroissement de la demande d'examen de plaintes qui découlera de l'application des fonctions relatives aux résidences privées. D'autre part, le commissaire régional doit apporter un soutien auprès de ses collègues, les commissaires locaux dans la mise en œuvre des nouvelles dispositions.

## ANNEXE I

Commissaires locaux et médecins examinateurs
de la région de l'Outaouais, en date du 31 mars 2008

| | | |
|---|---|---|
| **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE GATINEAU** | | |
| **CSSS de Gatineau**<br>**909, boul. de la Vérendrye O.**<br>**Gatineau, Québec**<br>**J8P 7H2** | Dominique Allard | Commissaire locale CLSC, CHSLD, RTF, RI, Hôpital de Gatineau |
| **CSSS de Gatineau**<br>**Hôpital de Hull**<br>**116, boul. Lionel-Emond**<br>**Gatineau, Québec**<br>**J8Y 1W7** | Jocelyne Guénette<br>Dr Jean-Eudes Lamont<br>Dr Jean Lemonde | Commissaire locale adjointe<br>Médecin examinateur<br>Médecin examinateur susbtitut |
| **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PAPINEAU** | | |
| **CSSS de Papineau**<br>**578, rue Maclaren E.**<br>**Gatineau, Québec**<br>**J8L 2W1** | Damien Thibaudeau | Commissaire local |
| **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES COLLINES** | | |
| **CSSS Des Collines**<br>**101, ch Burnside**<br>**C.P. 160**<br>**Wakefield, Québec**<br>**J0X 3G0** | Sylvie Daigle<br>Dr Curtis Folkerson | Commissaire locale<br>Médecin examinateur |
| **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PONTIAC** | | |
| **CSSS Pontiac**<br>**160, chemin de la Chute**<br>**C.P. 430**<br>**Mansfield, Québec**<br>**J0X 1V0** | Benoît Paré<br>Dr John Wooton | Commissaire local<br>Médecin examinateur |
| **CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX VALLÉE-DE-LA-GATINEAU** | | |
| **Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau**<br>**309, boul. Desjardins**<br>**Maniwaki, Québec**<br>**J9E 2E7** | Diane Marenger<br>Dr Edi Patzev | Commissaire locale<br>Médecin examinateur |
| **ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX** | | |
| **CR La RessourSe** | Élise Boisvert<br>20, rue Pharand<br>Gatineau, Québec<br>J9A 1K7<br>Dre Guylaine Doucet | Commissaire locale<br><br><br><br>Médecin examinateur |
| **CR Centre Jellinek** | Élise Boisvert<br>Dre Ruth Vander Stelt | Commissaire locale<br>Médecin examinateur |
| **CR Pavillon du Parc** | Élise Boisvert | Commissaire locale |

| | | |
|---|---|---|
| **CH Pierre-Janet** | Élise Boisvert<br>Dr Pierre Gareau<br>Dre Samia Attia—Galand<br>Dr Alexander MacCormick | Commissaire locale<br>Médecins examinateurs |
| **Centres jeunesse de l'Outaouais**<br>**105, boul. Sacré-Cœur**<br>**Gatineau, Québec**<br>**J8X 1C5** | Daniel Fleury | Commissaire local |
| **AUTRES ÉTABLISSEMENTS** | | |
| **CHSLD Champlain-Gatineau**<br>**4445. boul. Henri-Bourassa E.**<br>**Montréal, Québec**<br>**H1H 5M4** | Hélène Poirier | Commissaire locale |
| **CHSLD Vigi de l'Outaouais**<br>**565, boul. de l'Hôpital**<br>**Gatineau, Québec**<br>**J8V 3T4** | Marc Turgeon<br>Dre Marie-Josée Saine | Commissaire local<br>Médecin examinateur |

## ANNEXE 2

**Rapport annuel du CSSS Gatineau**

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

# RAPPORT ANNUEL
2007-2008

**SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES, LA SATISFACTION DES USAGERS DE MÊME QUE LE RESPECT DE LEURS DROITS**

**PRÉPARÉ PAR :**

**DOMINIQUE ALLARD**
**COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**
**ET**
Jocelyne Guénette
Commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services

**PRÉSENTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

**JUIN 2008**

TABLE DES MATIÈRES

*INTRODUCTION* ..... *1*

*I- FAITS SAILLANTS DE L'EXAMEN DES PLAINTES POUR L'ENSEMBLE DES MISSIONS* ..... *2*

Les objets de plaintes ..... 2

Les demandes d'assistance et d'intervention ..... 2

Les délais de traitement ..... 3

*II- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CHSLD* ..... *3*

Les objets des plaintes conclues ..... 3

Spécificités des objets principaux ..... 3

Mesures et recommandations identifiées ..... 3

*III- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CLSC* ..... *4*

Les objets des plaintes conclues ..... 4

Spécificités des objets principaux ..... 4

Mesures et recommandations identifiées ..... 4

*IV- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CHSGS* ..... *4*

Les objets des plaintes conclues ..... 5

Spécificités des objets principaux ..... 5

Mesures et recommandations identifiées ..... 5

*V- DOSSIERS MAJEURS* ..... *5*

Les services à l'urgence ..... 5

Les relations interpersonnelles ..... 6

La confidentialité ..... 6

*VI- PROMOTION DU RÉGIME, RESPECT DES DROITS ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES* ..... *7*

*CONCLUSION* ..... *7*

*ANNEXE I* ..... *I*

*ANNEXE II* ..... *II*

*ANNEXE III* ..... *III*

## INTRODUCTION

*La Loi sur les services de santé et les services sociaux* détermine un fonctionnement concernant le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes. Elle précise notamment que la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services doit préparer et présenter au conseil d'administration un rapport annuel comprenant le bilan de ses activités. C'est l'objet du présent rapport.

Durant l'année 2007-2008, le conseil d'administration a procédé à certaines décisions :

- Nomination de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le 6 novembre 2007;
- Nomination de la Commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services, le 18 février 2008;
- Nomination d'un seul Médecin examinateur et de son substitut pour l'ensemble du CSSSG, le 17 mars 2008;
- Adoption du code d'éthique avec la collaboration de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le 17 décembre 2007;
- Comité de vigilance et de la qualité a été actualisé en mai 2007. Ainsi, 7 rencontres se sont tenues de mai 2007 à mars 2008.

Le présent rapport décrit les activités des commissaires. Le traitement des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, fait l'objet d'un autre rapport préparé par le médecin examinateur. Les activités du comité de révision font elles aussi l'objet d'un rapport distinct.

Le médecin examinateur collabore avec les commissaires locaux dans le processus d'examen des plaintes et d'identification des solutions aux problèmes administratifs ou organisationnels soulevés. Pendant la dernière année, les commissaires ont reçu 32 plaintes médicales et 14 assistances médicales qui ont été acheminées à un médecin examinateur pour leur traitement.

Les premiers chapitres de ce rapport présentent les faits saillants de l'examen des plaintes et des demandes d'assistance et d'intervention traitées par les commissaires au cours de l'année. Au chapitre I, sont présentés les faits saillants de façon globale. Dans les trois chapitres suivants, ils sont présentés en regard de l'ensemble de l'établissement. On retrouve, au chapitre V, des recommandations concernant trois dossiers particuliers qui ont fait l'objet de plusieurs plaintes et demandes pendant l'année. Enfin, au chapitre VI, sont mentionnées les activités reliées aux autres fonctions des commissaires.

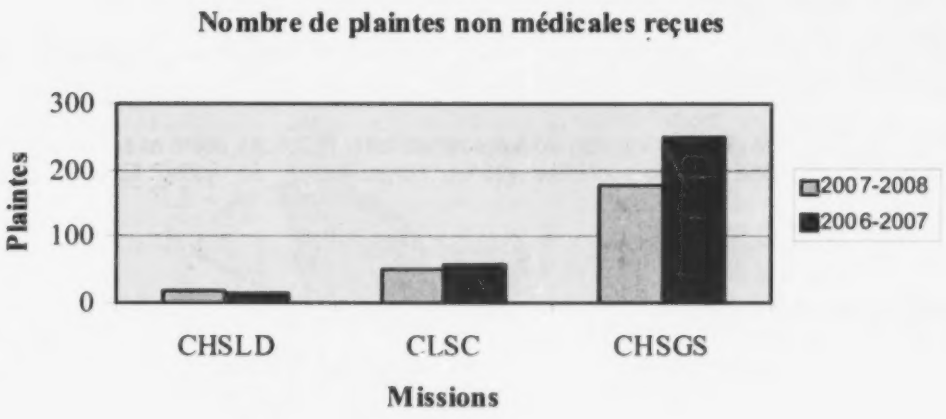
## I- FAITS SAILLANTS DE L'EXAMEN DES PLAINTES POUR L'ENSEMBLE DES MISSIONS

Au cours de l'exercice 2007-2008, nous avons reçu 247 plaintes non médicales et 32 plaintes médicales. La majorité des plaintes concernait les hôpitaux (CHSGS) à 73% ; les services communautaires (CLSC) faisaient l'objet de 19% des plaintes et l'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) de 8% (Voir Annexe I).

Comme nous pouvons le constater dans les tableaux ci-dessous, le nombre de plaintes non médicales a diminué de 25% pour l'ensemble de l'établissement, soit de 17% pour les CLSC et 29% pour les hôpitaux. Le nombre de plaintes à l'égard de l'hébergement et des soins de longue durée a augmenté de 25%.

**Variation du nombre de plaintes non médicales reçues en 2007-2008 vs 2006-2007**

| | 2007-2008 | 2006-2007 | Écart |
|---|---|---|---|
| **CHSLD** | 20 | 16 | 25% |
| **CLSC** | 50 | 60 | (17%) |
| **CHSGS** | 177 | 251 | (29%) |
| **Total :** | 247 | 327 | (25%) |




***Les objets de plaintes***

Les objets de plaintes les plus souvent soulevés pour l'ensemble du CSSG ont trait à l'accessibilité des services (39%), à l'organisation des milieux et des ressources matérielles (22%) aux soins et services dispensés (20%) et aux relations interpersonnelles (19%). Dans les prochains chapitres, nous verrons les distinctions par mission.

***Les demandes d'assistance et d'intervention***

Outre les plaintes à l'égard des services de l'établissement, nous avons reçu, au cours de l'exercice, 805 demandes d'assistance et d'intervention non-médicales, soit une augmentation de 6% par rapport à l'an dernier et 14 assistances médicales. Sur ces 805 demandes, 78% concernaient les hôpitaux, 17% les CLSC, 3% l'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) et 2% provenaient de d'autres instances. Jumelées aux plaintes médicales (32) et non-médicales (247) et aux demandes de consultation (115)

c'est plus de 1213 demandes qui ont été adressées aux commissaires pendant l'année, soit une augmentation globale de 7%.

***Les délais de traitement***

Tel que nous pouvons le constater à l'annexe II, le délai prescrit pour le traitement des plaintes a souvent dépassé les 45 jours. Plusieurs facteurs reliés aux ressources humaines et matérielles, conjugués à l'augmentation sensible des demandes et à la complexité des objets des plaintes requérant plusieurs suivis, expliquent en grande partie cette situation.

## II- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CHSLD

Cette section a trait au nombre de plaintes reçues à l'égard de la mission CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée). Au début de l'exercice, nous avions 3 plaintes en voie de traitement à auxquelles se sont ajoutées 20 nouvelles plaintes pour un total de 23. Sur le nombre total des plaintes traitées, 2 restent à conclure. Enfin, 3 usagers se sont prévalus de la possibilité de se rendre au 2e pallier auprès du Protecteur du citoyen.

La grande majorité des plaignants étaient des représentants de l'usager (conjoint, famille) et le dépôt de leurs plaintes s'est fait autant par écrit que verbalement. Un plaignant a bénéficié des services du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP-Outaouais).

***Les objets des plaintes conclues***

En tête de liste des objets de plaintes les plus souvent rencontrés, figure les soins et services dispensés (50%), l'aspect des relations interpersonnelles (35%), l'organisation du milieu et des ressources matérielles (15%).

***Les objets principaux***

***Mesures et recommandations identifiées***

Pour 18 plaintes conclues certaines plaintes ont conduit à des mesures correctives. Ces mesures se sont traduites par des ajustements techniques et matériels au niveau de l'environnement ou du milieu de vie des résidents.

## III- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CLSC

En ce qui concerne la mission CLSC, 50 plaintes ont été reçues au cours de l'exercice. À celles-ci s'ajoutent 8 plaintes en voie de traitement en début d'exercice, ce qui nous amène à un total de 58 plaintes. Sur le nombre total de plaintes traitées, 49 plaintes ont été conclues et une seule a été abandonnée par l'auteur.

La grande majorité des plaignants étaient les usagers eux-mêmes et le dépôt de leurs plaintes s'est fait en majorité verbalement.

### *Les objets des plaintes conclues*

En tête de liste des objets des plaintes les plus souvent rencontrés figurent l'aspect de l'accessibilité (50%, dont 14% concerne l'accès à la ligne téléphonique) suivi de l'aspect des soins et services dispensés (30%), des relations interpersonnelles (16%) et autres (4%).

### *Spécificités des objets principaux*

### *Mesures et recommandations identifiées*

Pour 49 des plaintes ayant été conclues, des mesures correctives ont été appliquées, lesquelles concernent des ajustements au niveau de l'accessibilité et de la continuité dans les services offerts.

## IV- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CHSGS

Cette section traite du nombre de plaintes reçues relatives à la mission CHSGS (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés). Au début de l'exercice, nous avions 32 plaintes en voie de traitement auxquelles se sont ajoutées 177 nouvelles plaintes pour un total de 209. Sur ce nombre, 3 plaintes ont

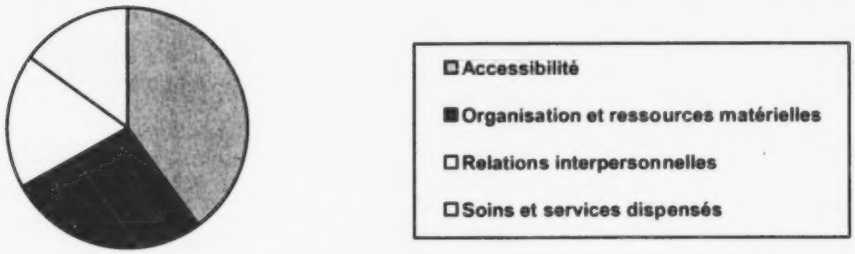
été abandonnées et 6 autres ont été refusées. Enfin, 2 usagers se sont prévalus de leur droit de s'adresser au 2e pallier au Protecteur du citoyen.

La grande majorité des plaignants étaient les usagers eux-mêmes et le dépôt de leurs plaintes s'est fait en majorité verbalement. Quinze auteurs de plaintes ont obtenu le soutien du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP- Outaouais).

***Les objets des plaintes conclues***

En ce qui concerne les objets des plaintes les plus communs, arrivent en tête de liste l'accessibilité (40%), l'organisation du milieu et des ressources matérielles (27%), les relations interpersonnelles (18%) ainsi que le suivi des plaintes liées aux soins et services dispensés (15%).

**Spécificités des objets principaux**




***Mesures et recommandations identifiées***

Pour 152 des plaintes ayant été conclues, des mesures correctives ont été appliquées afin de rectifier certaines situations. D'autre part, dans une grande proportion, une assistance a été offerte aux usagers afin qu'ils obtiennent les soins et services demandés. Suite à l'examen de 2 plaintes, des mesures disciplinaires ont été appliquées.

## V- DOSSIERS MAJEURS

Trois dossiers préoccupent particulièrement les commissaires en regard de la qualité des services. Il s'agit des services des urgences dans les hôpitaux, les relations interpersonnelles et la confidentialité pour l'ensemble du CSSS de Gatineau.

**Les services d'urgence**

Le délai d'attente dans les deux urgences du CSSS de Gatineau est un irritant pour les usagers. Les remarques obtenues font mention du peu d'accessibilité à l'information sur le délai réel d'attente. Le degré de priorisation attribué n'est pas toujours divulgué et les usagers comprennent difficilement pourquoi ils doivent attendre aussi longtemps. Comme commissaires, nous devons intervenir pour expliquer la procédure de priorisation, le taux d'occupation quotidien, la pénurie d'effectifs médicaux et infirmiers.

De plus, nous notons des déficiences au niveau de l'organisation physique lorsque le taux d'occupation dépasse 100%. Par exemple, le nombre de chaises insuffisantes dans les salles d'attente, le manque de civières, la fréquence non adaptée du nettoyage des salles de toilettes utilisées par les usagers, la difficulté pour l'entretien sanitaire d'avoir accès aux lieux physiques à cause de l'achalandage.

Des mesures correctives ont été demandées récemment.

Ainsi, les commissaires dans un but d'amélioration de la qualité des services présente la recommandation suivante :

*« Que le CSSS de Gatineau revoit ses mécanismes d'approche clientèle lorsque le taux d'occupation des urgences dépasse le 100% et ce, afin de minimiser le taux d'insatisfaction. »*

En outre, il ne faut pas tenir compte exclusivement du délai à l'urgence, les délais d'attente pour l'accessibilité aux professionnels et autres services du CSSS de Gatineau demeurent des éléments d'insatisfaction qui nous sont régulièrement soulignés.

***Les relations interpersonnelles***

Les relations interpersonnelles touchent essentiellement les services d'accueil et l'approche clientèle de l'ensemble du CSSS de Gatineau.

Au niveau des relations interpersonnelles nous retrouvons principalement les plaintes concernant : l'attitude du personnel et la communication.

Face à cette situation les commissaires font la recommandation suivante :

*« Que le CSSS de Gatineau mette en place une formation portant sur les volets attitude, communication et information pour le personnel œuvrant dans un poste d'accueil. Par la suite une sensibilisation à l'ensemble du personnel serait indiquée. »*

**La confidentialité**

L'élément de la confidentialité fait l'objet de nombreuses plaintes et demandes d'intervention. La nature de la plainte ou de la demande d'intervention fait référence plus particulièrement à l'obtention d'information concernant un proche hospitalisé ou le droit de consultation du dossier d'un proche décédé.

Au niveau de l'obtention d'information concernant le dossier de l'usager nous remarquons deux tendances, soit :

1. le personnel divulgue sans l'autorisation de l'usager des informations,

2. les proches des usagers déplorent le refus du personnel à accéder à l'information du dossier de l'usager,

C'est pourquoi les commissaires font la recommandation suivante :

*« Qu'une sensibilisation soit fait auprès de l'ensemble du personnel du CSSS de Gatineau sur l'importance du respect de la confidentialité du dossier de l'usager »*

## VI- PROMOTION DU RÉGIME RESPECT DES DROITS ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration non seulement du traitement des plaintes, mais aussi du respect des droits des usagers.

C'est pourquoi les commissaires ont pour fonctions de diffuser l'information sur les droits et obligations des usagers et sur le code d'éthique, d'assurer la promotion du régime d'examen des plaintes et la publication de la procédure et de recommander toute mesure en vue d'améliorer la satisfaction des usagers.

En regard de ces fonctions, voici un aperçu des activités réalisées au cours de l'année. Il est à noter que les activités sous-mentionnées furent réalisées en partie par les deux commissaires qui ont quittés à la retraite.

- Présentation et adoption du code d'éthique au conseil d'administration en décembre 2007. Il est à noter que le résumé du code d'éthique est présentement en processus d'impression. La distribution est prévue au cours de la prochaine année.

- Réponses à des demandes ponctuelles de consultation reçues de gestionnaires et d'intervenants de l'établissement.

- Soutien au comité de révision des plaintes médicales, la commissaire locale adjointe agit à titre de conseillère auprès du comité.

En vue de faire un lien avec les plaintes et les demandes reçues, les commissaires ont pris connaissance des sondages sur la satisfaction réalisés auprès des usagers.

Au niveau des hôpitaux, l'établissement administre avec le support de bénévoles, un sondage continu sur la satisfaction des usagers. Les résultats sont publiés à deux reprises pendant l'année. Plus de 86% des usagers se sont dit satisfaits des services reçus. Lorsqu'on prend connaissance du nombre très important d'activités rendues dans ces deux sites, ces résultats remettent en perspective le nombre de plaintes et de demandes reçues par les commissaires.

Au niveau des centres d'hébergement, un sondage de satisfaction s'est déroulé dans deux centres. En général, les résultats sont bons. Toutefois, ils indiquent des points d'amélioration pour tendre de plus en plus vers un véritable milieu de vie pour les résidents.

## CONCLUSION

Ce rapport porte principalement sur des insatisfactions exprimées par la clientèle. Il ne faut cependant pas passer sous silence les nombreux témoignages de satisfaction reçus par les intervenants, les gestionnaires et les commissaires.

De plus, nous tenons à souligner que les recommandations émises lors du rapport précédent font l'objet de suivis par le Comité de vigilance auquel participe la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Certaines de ces recommandations comprenaient plusieurs mesures correctives qui ne peuvent se réaliser qu'à moyen et à long terme.

Dominique Allard
Commissaire locale
aux plaintes et à la qualité des services

Jocelyne Guénette
Commissaire locale adjointe
aux plaintes et à la qualité des services

ANNEXE I

## Nombre de plaintes, demandes d'assistance et d'intervention et demandes de consultation reçues en 2006-2008

| | Plaintes non médicales | | Plaintes médicales | | Total des plaintes | | Assistances/ Interventions | | Grand total | | Pourcentage | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 07-08 | 06-07 | 07-08 | 06-07 | 07-08 | 06-07 | 07-08 | 06-07 | 07-08 | 06-07 | 07-08 | 06-07 |
| **Hébergement (CHSLD)** | 20 | 16 | 2 | 2 | 22 | 18 | 22 | 3 | 44 | 21 | 3.5% | 2% |
| **Communautaire (CLSC)** | 50 | 60 | | | 50 | 60 | 139 | 111 | 189 | 171 | 15.5% | 15% |
| **Hôpitaux (CHSGS)** | 177 | 251 | 30 | 50 | 207 | 301 | 639 | 642 | 846 | 943 | 70% | 83% |
| **Autres instances** | | | | | | | 19 | | 19 | | 1.5% | |
| **Consultations** | | | | | | | | | 115 | | 9.5% | |
| **Total:** | 247 | 327 | 32 | 52 | 279 | 379 | 819 | 756 | 1213 | 1135 | 100% | 100% |

ANNEXE II

**Délai de traitement de dossiers de plaintes non médicales, complétées durant l'exercice 2007-2008**

| Délai de traitement | Bureau de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (Nombre de plaintes) |
|---|---|
| Un jour | 15 |
| De 2 à 7 jours | 24 |
| De 8 à 30 jours | 59 |
| De 31 à 45 jours | 33 |
| De 46 à 60 jours | 28 |
| De 61 à 90 jours | 22 |
| De 91 à 180 jours | 30 |
| 181 jours et plus | 7 |
| TOTAL : | 218 |
| Plaintes non conclues au 31 mars 2008 | 21 |
| Plaintes abandonnées | 4 |
| Plaintes rejetées | 4 |
| TOTAL PLAINTES | 247 |

ANNEXE III

**Liste des personnes impliquées dans le régime d'examen des plaintes**

| ***Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services*** | | |
|---|---|---|
| **Noms** | **Titres** | **Installations** |
| Dominique Allard | Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services | Hôpital de Gatineau<br>Les CLSC<br>Les CHSLD, RI et RTF<br>La Maison de naissance<br>Unité de médecine familiale |
| Suzanne Lessard | Technicienne en administration | |
| Jocelyne Guénette | Commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services | Hôpital de Hull<br>Plaintes médicales des hôpitaux<br>Plaintes d'usagers anglophones de toutes les installations |
| Annie Plante en remplacement de Diane Mercier | Technicienne en administration | |
| ***Médecins examinateurs*** | | |
| Dr Jean-Eudes Lamont | Médecin examinateur | CSSSG |
| Dr Jean Lemonde | Médecin examinateur substitut | |

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

# Rapport annuel 2007-2008
# du médecin examinateur

***du CSSS de Gatineau***

***Hôpitaux de Hull et de Gatineau***

***Préparé par Jean-Eudes Lamont, MD, FRCPC***

## Présenté à

*L'Exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)*

et au

## conseil d'administration

*Centre de santé et des services sociaux de Gatineau (CSSS de Gatineau)*

*Le 4 octobre 2004, lors d'une séance ordinaire du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, on a procédé à ma nomination à titre de médecin examinateur de l'Hôpital de Gatineau.*

*Le 13 décembre 2004, lors d'une séance ordinaire du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, on a procédé à ma nomination à titre de médecin examinateur de l'Hôpital de Hull.*

*Depuis avril 2007, certains articles de la loi sur les Services de santé et les services sociaux, se rapportant au traitement des plaintes ont été changés.*

*Il est à noter qu'avec ce changement, aussi bien l'usager que le professionnel, peuvent exercer un recours auprès du comité de révision s'ils ne sont pas d'accord avec les conclusions du médecin examinateur.*

*De plus, le médecin examinateur doit déposer au dossier du professionnel visé ses conclusions motivées.*

## Préambule

Le médecin examinateur est la personne responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un membre du CMDP ou d'un résident. Il est désigné par le conseil d'administration, sur recommandation du CMDP. Il n'a pas à être membre du CMDP (Articles 34 et 42 LSSSS).

Un de ses rôles est de voir à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents d'un établissement soient les meilleures possibles.

Toute plainte, quelle que soit la source, doit être dirigée vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ou à la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services. (Mme Dominique Allard ou Mme Jocelyne Guénette).

Lorsque la plainte ou l'un des objets de la plainte concerne un membre du CMDP ou un résident, elle doit être transmise au médecin examinateur.

S'il s'agit d'une plainte d'ordre administratif ou organisationnel, qui touche des services médicaux, la plainte est traitée par la commissaire locale, après consultation avec le médecin examinateur, celui-ci doit collaborer à l'identification des solutions à de tels problèmes.

Le médecin examinateur constitue un dossier de plainte distinct du dossier médical et des dossiers professionnels. Ce dossier est confidentiel. Sont inclus dans ce dossier tous les documents se rapportant à la plainte et à son traitement. Les conclusions motivées et les recommandations du médecin examinateur sont déposées au dossier du professionnel visé.

Le médecin examinateur saisi d'une plainte, qu'elle soit verbale ou écrite, doit décider de son orientation :

- rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- examiner la plainte;
- acheminer la plainte vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires;
- Il peut lors de l'étude de l'examen de la plainte, décider de l'acheminer vers le CMDP pour études à des fins disciplinaires.

Il existe un organisme communautaire appelé le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) qui peut aider les gens à rédiger la plainte.

Aux fins d'examen de la plainte, le médecin examinateur a accès à tous les documents, y compris les dossiers médicaux et les dossiers des professionnels. Toute personne doit fournir au médecin examinateur tous les renseignements ainsi que tous les documents qu'exige l'examen de la plainte. Toute personne doit également assister à une rencontre que celui-ci convoque.

Le médecin examinateur doit dans les 45 jours de la date où il a reçu la plainte faire parvenir ses conclusions motivées par écrit au plaignant avec copies au professionnel visé et à la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

**Les conclusions et le cas échéant, les recommandations du médecin examinateur, doivent être versées au dossier de plainte ainsi qu'au dossier du professionnel visé.**

Dans les 60 jours de la date des conclusions du médecin examinateur, **le plaignant ainsi que le professionnel visé**, peuvent demander au comité de révision de revoir le traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur.

Ce comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration. Deux membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens sur la recommandation du CMDP.

Le comité de révision doit permettre au plaignant, au professionnel visé et au médecin examinateur de présenter leurs observations. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'usager, au professionnel visé, au médecin examinateur ainsi qu'à la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de révision peut :

- confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- demander au médecin examinateur un complément d'examen;
- acheminer le dossier vers le CMDP pour formation d'un comité à des fins disciplinaires;
- recommander au médecin examinateur et ou aux parties elles-mêmes des mesures de nature à les réconcilier.

La conclusion retenue dans son avis est finale.

Lorsque la plainte est traitée par un comité de discipline formé par le CMDP, le médecin examinateur doit informer par écrit le plaignant tous les 60 jours du progrès de l'étude de la plainte tant que l'étude n'est pas terminée.

Après l'étude de la plainte, le comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP. Le comité peut faire des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

Après étude du comité de discipline, le comité exécutif formule ses recommandations au conseil d'administration et lui transmet le dossier.

À toutes les étapes de l'étude d'une plainte, le médecin examinateur est mis à contribution :

- Si le comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des mesures disciplinaires, il en informe le médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

- Si le conseil d'administration décide de mesures disciplinaires à la suite des recommandations du CMDP, le directeur général doit en avertir le professionnel visé et le médecin examinateur. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

**Le médecin examinateur doit transmettre au conseil d'administration et au CMDP un rapport annuel de ses activités et de ses recommandations.**

## Objet des plaintes reçues du 1er avril 2007 au 31 mars 2008

Une plainte peut comprendre plusieurs facettes.

L'analyse des plaintes a été faite selon la grille suivante.

| | |
|---|---|
| 1. | Attitude et commentaires (empathie, compassion, manque de respect...) |
| 2. | Insatisfaction des soins reçus (qualité de l'acte, congé, suivi, délai...) |
| 3. | Manque de communication, d'information, décisions éclairées... |
| 4. | Contestation du jugement du médecin |
| 5. | Erreurs médicales (diagnostics, traitements, suivis, etc.) |
| 6. | Non-respect des règlements du CMDP ou du CSSS de Gatineau |
| 7 | Aspect financier |
| 8. | Autres |

♦

## Conclusions terminées au cours de la période du 1er avril 2007 au 31 mars 2008

Un même dossier peut représenter plusieurs aspects.

L'analyse des conclusions a été faite selon la grille suivante.

| ***CONCLUSIONS MOTIVÉES :*** | |
|---|---|
| ***1.*** | Attitude et commentaires (empathie, compassion, respect...) |
| ***2.*** | Soins reçus (qualité de l'acte, du suivi, etc.) |
| ***3.*** | Communication (informations, décisions éclairées, etc...) |
| ***4.*** | Erreurs médicales; évènements indésirables; accidents; complications à être divulguées |
| ***5.*** | Jugement (autre que jugement clinique) |
| ***6.*** | Relation avec les autres professionnels |
| ***7.*** | Non-respect des règlements du CMDP ou du CSSS de Gatineau |
| ***8.*** | Plainte non justifiée (Accusé injustement) |

# Hôpital de Hull

Sommaire des dossiers de plaintes et d'assistance transmis au médecin examinateur du 1er avril 2007 au 31 mars 2008.

Il y a eu 20 dossiers de plaintes et 12 demandes d'assistance ou d'intervention, dont 2 demandes d'assistance dans des plaintes médico-administratives. Une plainte a été abandonnée.

Trois plaignants se sont prévalus de leur droit de recours auprès du comité de révision. Aucun médecin ne s'est prévalu de ce droit.

Hôpital de Hull

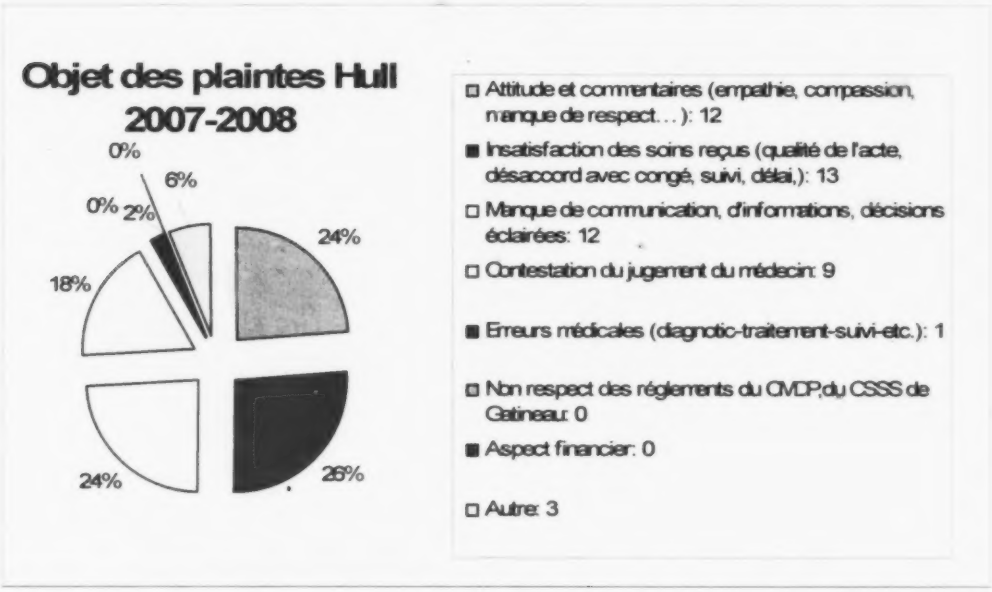
## Objet des plaintes : (une plainte peut comporter plusieurs facettes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Attitude et commentaires | 10 | 20% | 12 | 20% |
| Insatisfaction des soins reçus | 16 | 30% | 13 | 22% |
| Manque de communication | 10 | 20% | 12 | 20% |
| Contestation du jugement du médecin | 10 | 20% | 9 | 15% |
| Erreurs médicales (diagnostics, traitements, suivi, etc...) | 3 | 6% | 1 | 2% |
| Non-respect des règlements | 1 | 2% | 0 | 0% |
| Aspect financier | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Autres | 1 | 2% | 2 | 3% |
| Total | 51 | 100% | 59 | 100% |

♦

**Graphique — Objet des plaintes — Hull 2007-2008**




Hôpital de Hull

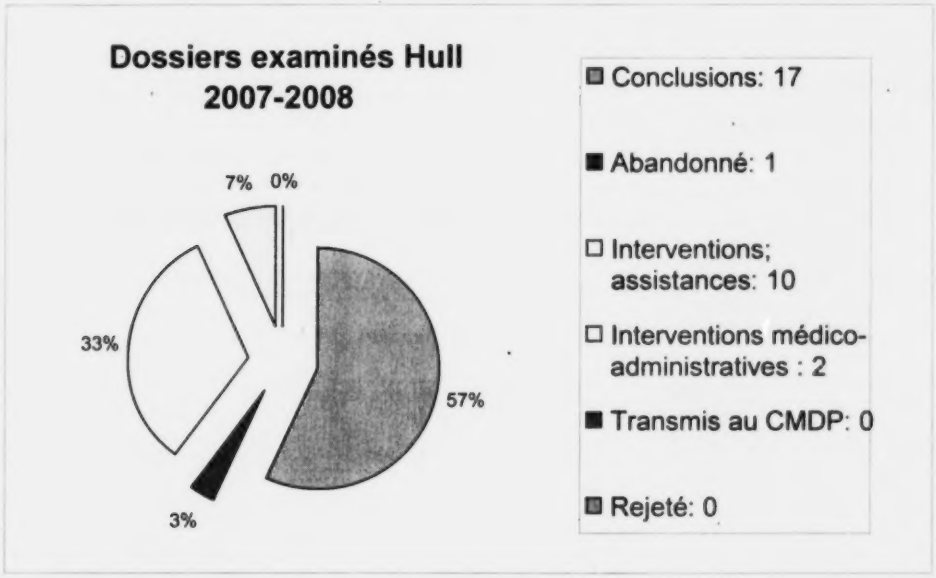
## Sommaire des dossiers examinés

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Conclusions | 23 | 72% | 17 | 57% |
| Abandonnés | 2 | 6% | 1 | 3% |
| Interventions; assistances | 4 | 13% | 10 | 33% |
| Intervention médico-administrative | 1 | 3% | 2 | 7% |
| Transmis au CMDP | 2 | 6% | 0 | 0% |
| Rejeté | 0 | 0% | 0 | 0% |
| TOTAL | 32 | 100% | 30 | 100% |

◆

**Graphique — Plaintes examinées — Hull 2007-2008**




Hôpital de Hull

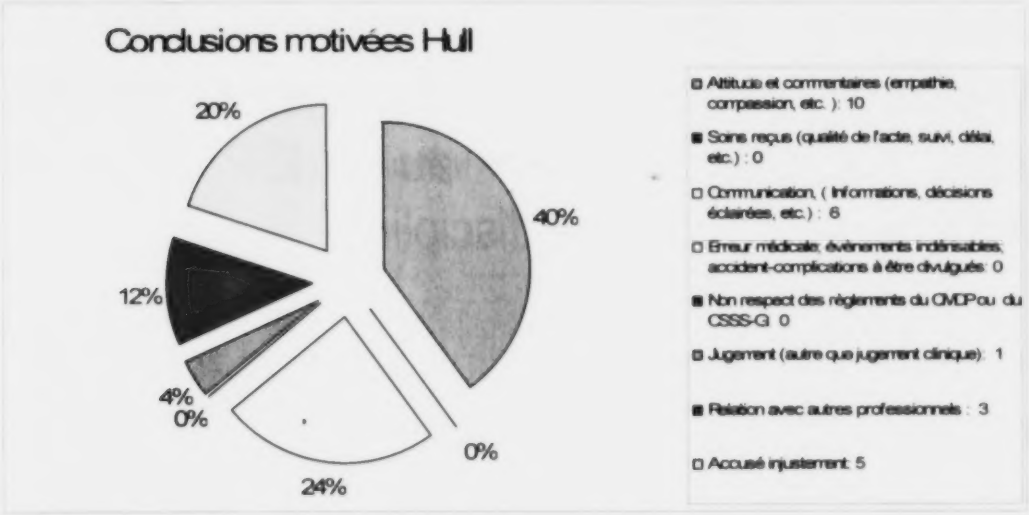
## **Conclusions motivées** : (suite à l'analyse des plaintes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Attitude et commentaires | 8 | 26% | 10 | 40% |
| Soins reçus | 2 | 6% | 0 | 0% |
| Communication | 4 | 13% | 6 | 24% |
| Erreur médicale | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Non-respect des règlements | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Jugement autre que clinique | 4 | 13% | 1 | 4% |
| Relation avec autres professionnels | 2 | 6% | 3 | 12% |
| Plainte non justifiée (Accusé injustement) | 11 | 36% | 5 | 20% |
| Total : | 31 | 100 % | 25 | 100% |

♦

**Graphique — Conclusions motivées — Hull 2007-2008**




## Hôpital de Gatineau

# Sommaire des dossiers de plaintes et d'assistance transmis au médecin examinateur du 1er avril 2007 au 31 mars 2008.

Il y a eu 12 dossiers de plaintes et 2 demandes d'assistance, dont une assistance médico-administrative. Une plainte a été rejetée. Aucune plainte n'a été transmise au CMDP pour la formation d'un comité de discipline.

Un plaignant s'est prévalu de son droit de recours auprès du comité de révision. Cependant, aucun professionnel ne s'est prévalu de ce droit.

Hôpital de Gatineau

## Objet des plaintes : (une plainte peut comporter plusieurs facettes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Attitude et commentaires | 12 | 20% | 7 | 21% |
| Insatisfaction des soins reçus | 21 | 34% | 7 | 22% |
| Manque de communication | 7 | 11% | 6 | 19% |
| Contestation du jugement du médecin | 9 | 15% | 5 | 16% |
| Erreurs médicales | 8 | 13% | 4 | 13% |
| Non-respect des règlements | 1 | 2% | 0 | 0% |
| Aspect financier | 2 | 3% | 0 | 0% |
| Autres | 1 | 2% | 3 | 9% |
| Total | 61 | 100% | 32 | 100% |

♦

**Graphique — Objet des plaintes — Gatineau 2007-2008**

Hôpital de Gatineau

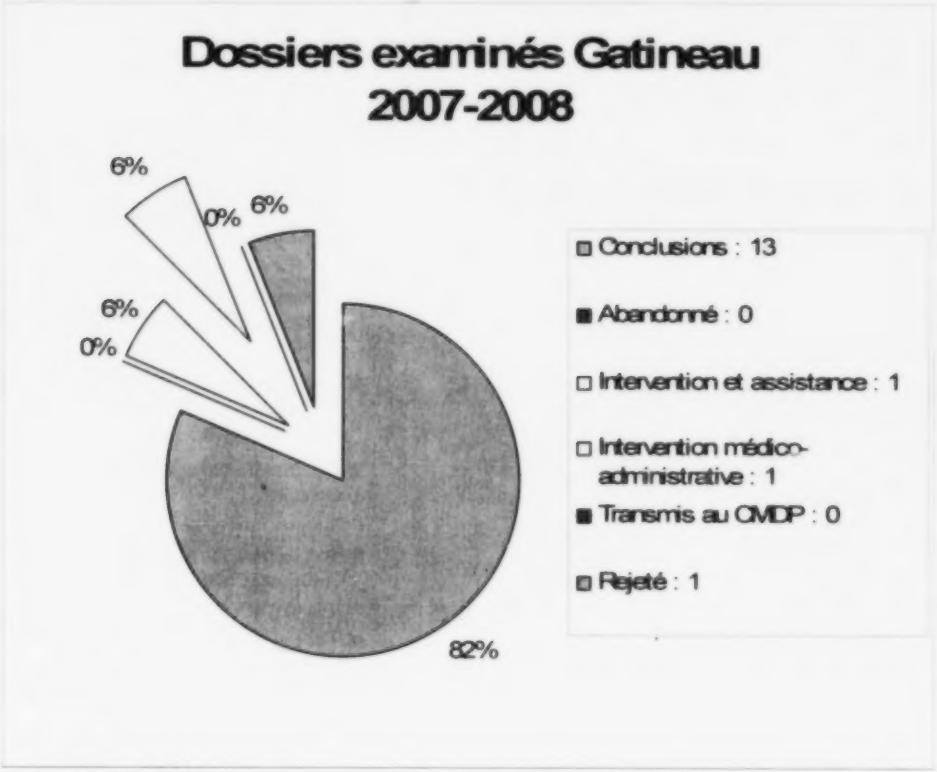
## Sommaire des dossiers examinés

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Conclusions : | 30 | 76 % | 13 | 82% |
| Abandonné : | 1 | 3 % | 0 | 6% |
| Interventions et assistances : | 7 | 18 % | 1 | 6% |
| Intervention médico-administrative : | 1 | 3 % | 1 | 6% |
| Transmis au CMDP: | 0 | 0 % | 0 | 0% |
| Rejeté: | 0 | 0 % | 1 | 6% |
| Total | 39 | 100 % | 16 | 100% |

♦

**Graphique — Plaintes examinées — Gatineau 2007-2008**




Hôpital de Gatineau

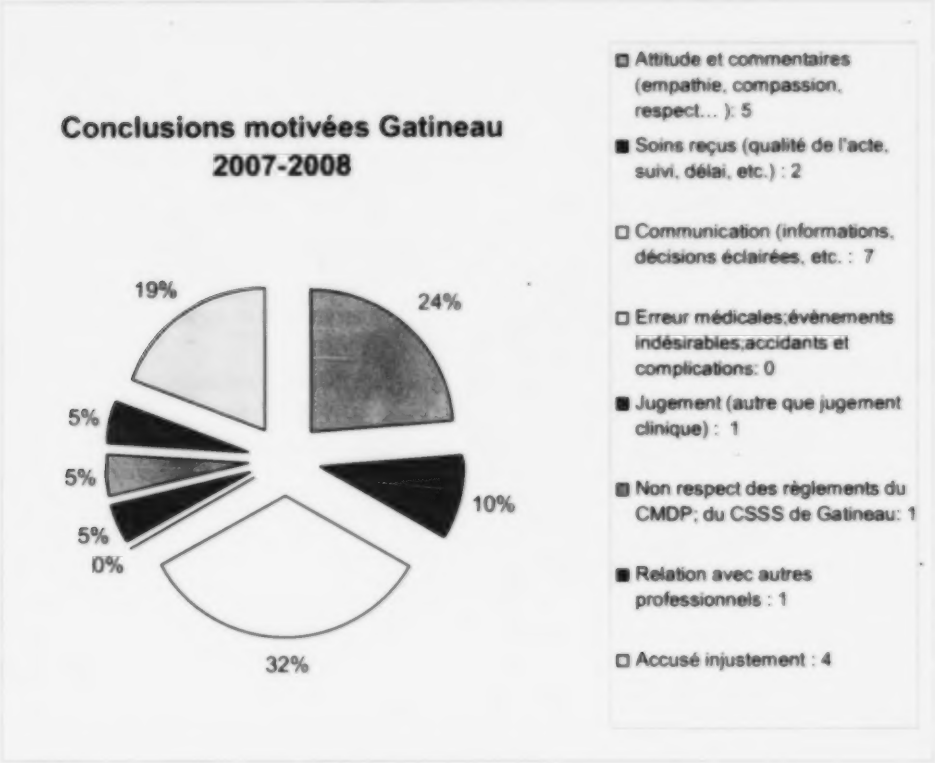
## **Conclusions motivées :** (suite à l'analyse des plaintes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Attitude et commentaires | 8 | 19% | 5 | 24% |
| Soins reçus | 2 | 5% | 2 | 10% |
| Communication | 7 | 16% | 7 | 32% |
| Erreurs médicales | 2 | 5% | 0 | 0% |
| Jugement | 4 | 9% | 1 | 5% |
| Non-respect des règlements | 3 | 7% | 1 | 5% |
| Relation avec autres professionnels | 0 | 0% | 1 | 5% |
| Accusés injustement | 17 | 39% | 4 | 19% |
| Total | 43 | 100% | 21 | 100% |

♦

## Graphique — Conclusions motivées— Hull 2007-2008



# Hôpitaux de Hull et Gatineau

Sommaire des dossiers de plaintes et d'assistance transmis au médecin examinateur du 1er avril 2007 au 31 mars 2008.

Il y a eu 32 dossiers de plaintes et 14 demandes d'assistance ou d'intervention, dont 3 médico-administratives.

Des 32 plaintes, une a été abandonnée, une a été rejetée. Aucune n'a été dirigée vers le CMDP pour la formation d'un comité de discipline.

N'étant pas d'accord avec les conclusions du médecin examinateur, 4 plaignants se sont prévalus de leurs droits de recours auprès du comité de révision. Aucun médecin ne s'est prévalu de ce droit.

Hôpitaux de Hull et de Gatineau

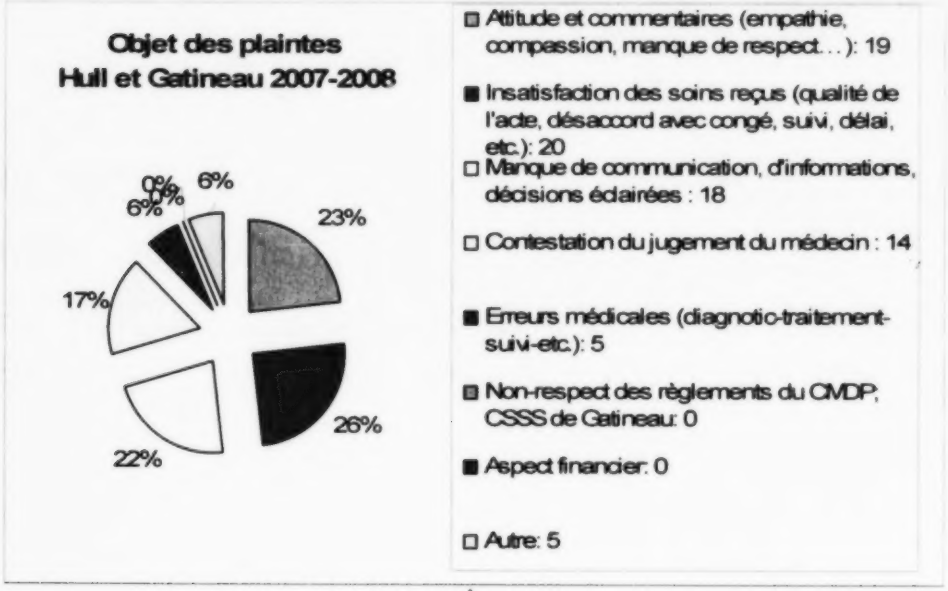
## **Objet des plaintes** : (une plainte peut comporter plusieurs facettes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Attitude et commentaires | 22 | 20% | 19 | 23% |
| Insatisfaction des soins reçus | 37 | 33% | 20 | 26% |
| Manque de communication | 17 | 15% | 18 | 22% |
| Contestations du jugement du médecin | 19 | 17% | 14 | 17% |
| Erreurs médicales | 11 | 10% | 5 | 6% |
| Non-respect des règlements | 2 | 2% | 0 | 0% |
| Aspect financier | 2 | 2% | 0 | 0% |
| Autre | 1 | 1% | 5 | 6% |
| Total | 111 | 100% | 81 | 100% |

♦

**Graphique : Objet des plaintes- Hull-Gatineau 2007-2008**



Hôpitaux de Hull et de Gatineau

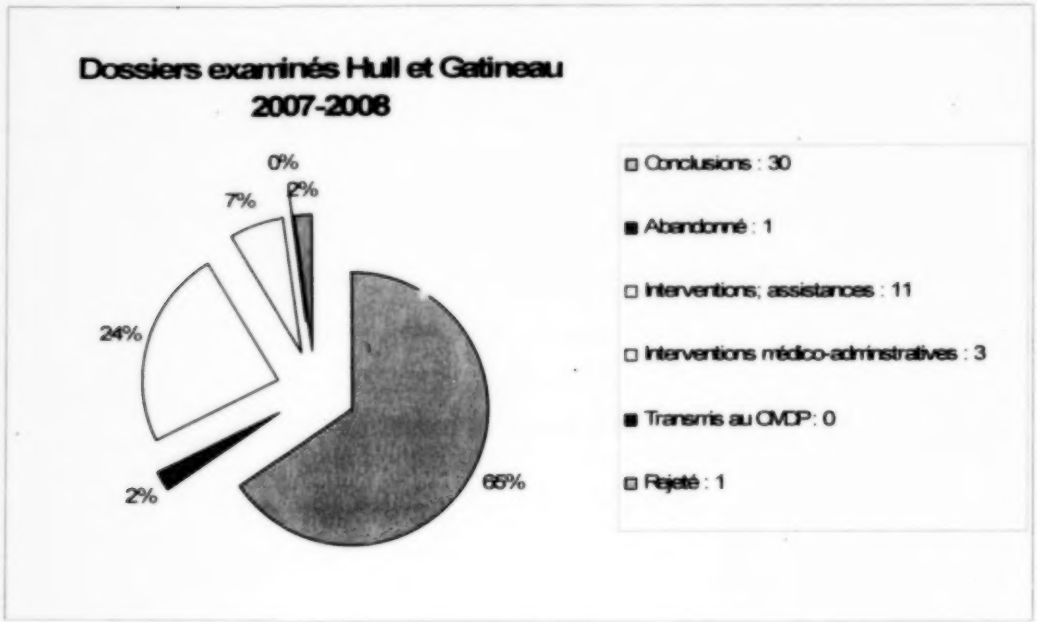
## Sommaire des dossiers examinés

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Conclusions | 54 | 75% | 30 | 65% |
| Abandonnés | 3 | 4% | 1 | 2% |
| Interventions; assistances | 11 | 15% | 11 | 24% |
| Interventions médico-administratives | 2 | 3% | 3 | 7% |
| Transmis au CMDP | 2 | 3% | 0 | 0% |
| Rejeté | 0 | 0% | 1 | 2% |
| Total | 72 | 100% | 46 | 100% |

♦

**Graphique : plaintes examinées Hull-Gatineau 2007-2008**




Hôpitaux de Hull et de Gatineau

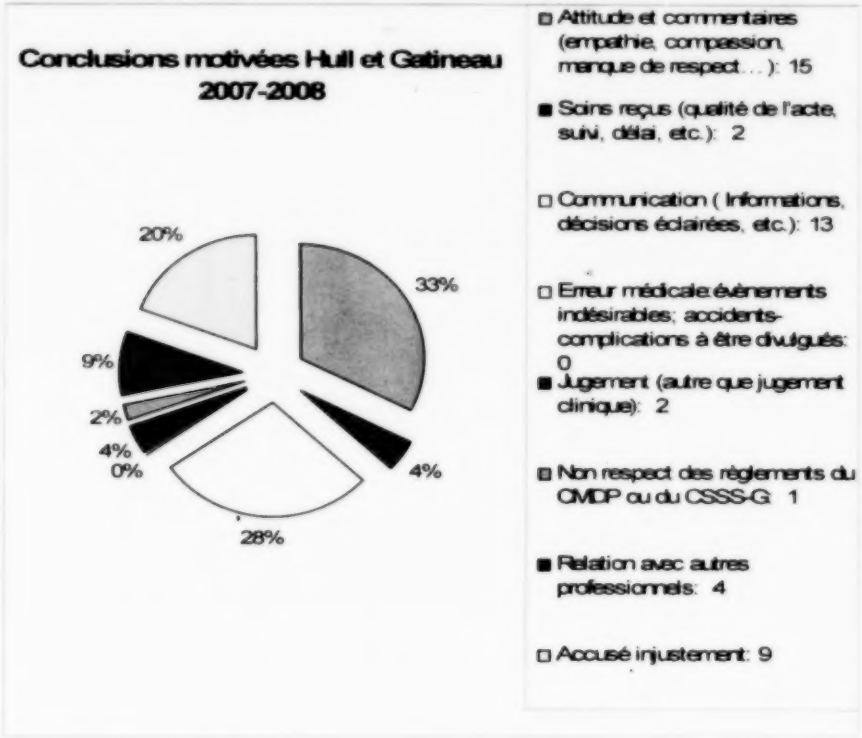
## **Conclusions motivées :** (suite à l'analyse des plaintes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

| | 2006-2007 | | 2007-2008 | |
|---|---|---|---|---|
| Attitude et commentaires | 16 | 22% | 15 | 33% |
| Soins reçus | 4 | 5% | 2 | 4% |
| Communication | 11 | 15% | 13 | 28% |
| Erreurs médicales | 2 | 3% | 0 | 0% |
| Jugement | 8 | 11% | 2 | 4% |
| Non-respect des règlements | 3 | 4% | 1 | 2% |
| Relation avec autres professionnels | 2 | 3% | 4 | 9% |
| Plainte non justifiée (Accusé injustement) | 28 | 37% | 9 | 20% |
| Total | 74 | 100% | 46 | 100% |

♦

**Graphique : conclusions motivées- Hull et Gatineau 2007-2008**

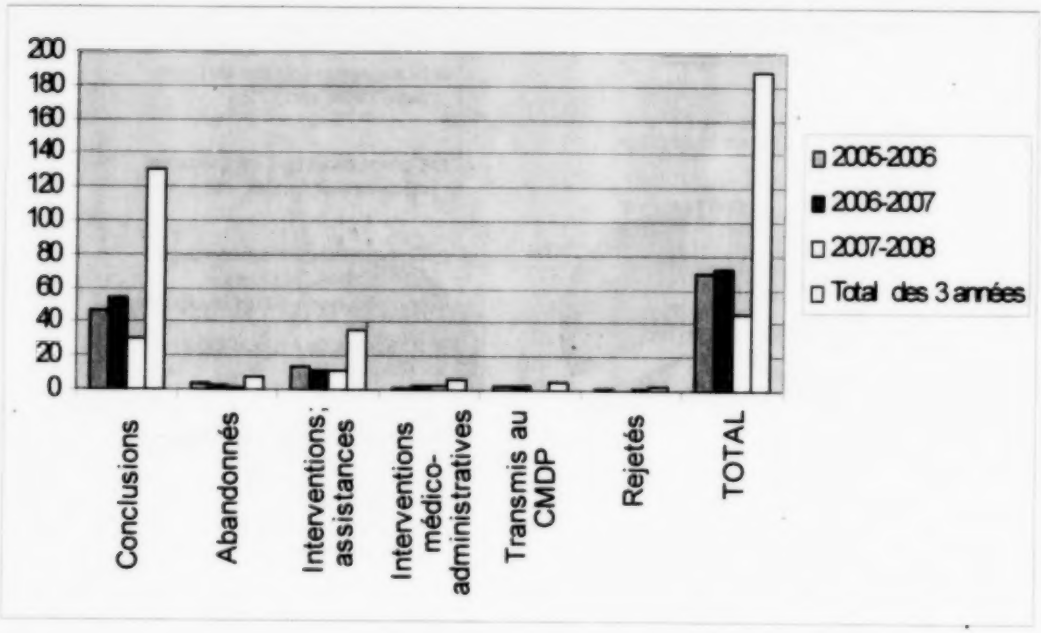



## Tableau comparatif : années 2005-2006; 2006-2007; 2007-2008
## (Hôpitaux de Hull et de Gatineau)

### Sommaires cumulatifs des dossiers examinés

| | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | Total des 3 années | % des 3 années |
|---|---|---|---|---|---|
| Conclusions | 47 | 54 | 30 | 131 | 69% |
| Abandonnés | 4 | 3 | 1 | 8 | 5% |
| Interventions; assistances | 14 | 11 | 11 | 36 | 19% |
| Interventions médico-administratives | 1 | 2 | 3 | 6 | 3% |
| Transmis au CMDP | 3 | 2 | 0 | 5 | 3% |
| Rejetés | 1 | 0 | 1 | 2 | 1% |
| **TOTAL** | **70** | **72** | 46 | 188 | 100% |

**Graphique**

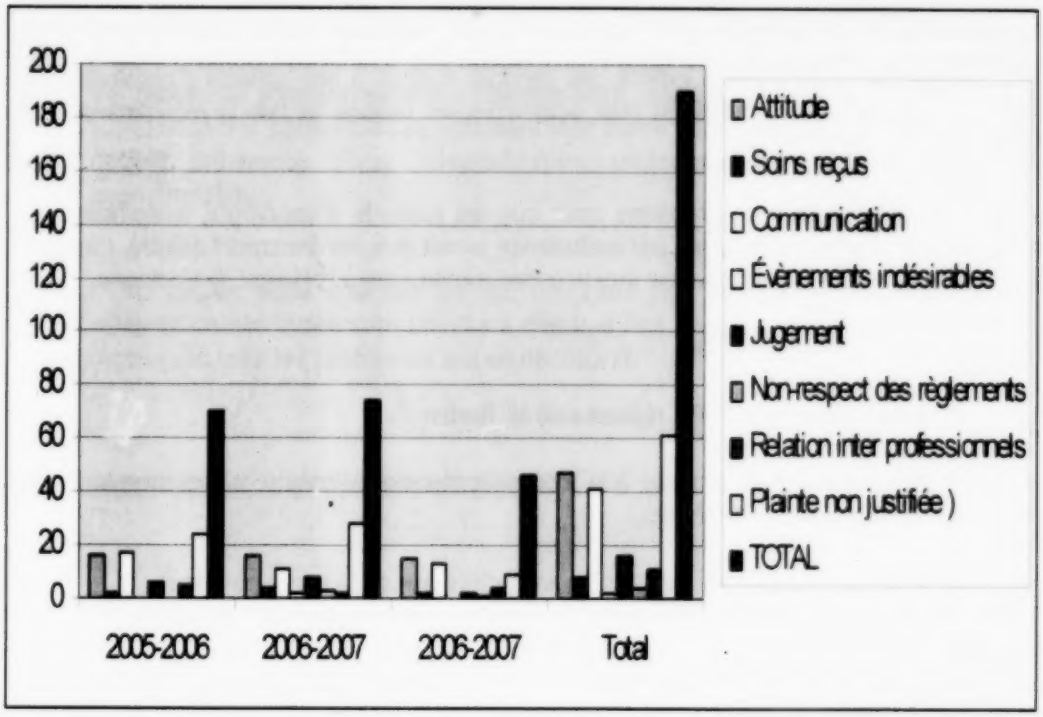



## Tableau comparatif : années 2005-2006; 2006-2007; 2007-2008
### (Hôpitaux de Hull et de Gatineau)

### Sommaires cumulatifs des conclusions motivées

| | 2005-2006 | 2006-2007 | 2006-2007 | Total | % 3 années |
|---|---|---|---|---|---|
| Attitude et commentaires | 16 | 16 | 15 | **47** | **25%** |
| Soins reçus | 2 | 4 | 2 | **8** | **4%** |
| Communication | 17 | 11 | 13 | **41** | **22%** |
| Erreurs médicales : évènements indésirables | 0 | 2 | 0 | **2** | **1%** |
| Jugement (autre que jugement clinique) | 6 | 8 | 2 | **16** | **8%** |
| Non-respect des règlements | 0 | 3 | 1 | **4** | **2%** |
| Relation avec autres professionnels | 5 | 2 | 4 | **11** | **6%** |
| Plainte non justifiée (Accusé injustement) | 24 | 28 | 9 | **61** | **32%** |
| **TOTAL** | **70** | **74** | **46** | **190** | **100%** |

### Graphique




## Recommandations : hôpitaux de Hull et de Gatineau du 1er avril 2007 au 31 mars 2008

***Voici un sommaire des cinq recommandations qui ont été faites au cours de cette période.***

➥ **Le 4 octobre 2007 au CMDP**

Dans le but de rappeler aux médecins leur obligation de divulguer à leurs patients tout accident susceptible d'entraîner des conséquences sur leur état de santé, il a été recommandé :

**Que l'exécutif du CMDP prenne les moyens nécessaires pour que les médecins soient bien informés à ce sujet. On pourrait, par exemple, demander au comité des risques de suggérer des moyens pour arriver à cette fin.**

Réponse le 5 novembre 2007

« ...en accord avec votre recommandation, un document d'information soulignant l'importance et précisant les évènements devant être déclarés ainsi que la procédure de déclaration d'accident/incident sera remis à tous les médecins du CMDP »

➥ **Le 20 juin 2007 au directeur général M. André Rodier**

Dans la perspective d'améliorer la qualité des services donnés à nos patients d'oncologie qui doivent être hospitalisés à l'Hôpital de Hull, pour multiples raisons, je fais la recommandation suivante :

***Que vous étudiiez de près ce problème pour que les patients d'oncologie, hospitalisés à l'Hôpital de Hull, soient transportés par ambulance plutôt que par transport adapté, lorsque ceux-ci sont très souffrants et doivent recevoir des traitements à l'Hôpital de Gatineau.***

Le 31 octobre 2007, un rappel est fait.

➥ **Le 5 novembre 2007, réponse de M. Rodier :**

« ...votre recommandation sera soumise à la prochaine réunion du comité de vigilance et de la qualité (comité du conseil d'administration).

**Le 14 janvier 2008, réponse de M. Jacques Lareau, directeur de la santé physique :**

«...ceci nous amène à la conclusion que les mesures en place permettent de tenir compte du besoin de chaque patient. Par ailleurs, nous avons effectué un rappel auprès du personnel des unités de soins pour qu'une plus grande attention soit portée et plus particulièrement en regard du contrôle de la douleur »
Je n'ai reçu aucune réponse du comité de vigilance.

➥ **Le 4 octobre 2007 au directeur général, M. André Rodier avec copie au CMDP**

La présente fait suite à plusieurs plaintes provenant de diverses sources et concernant l'occupation de lits de courte durée par des patients en attente de placement ou de lits de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à la RessourSe.

Les rencontres que j'ai eues avec divers intervenants m'ont permis d'identifier plusieurs lacunes dans notre système de santé en ce qui concerne l'occupation de ces lits de courte durée par des patients qui nécessitent des soins prolongés.

Voici certains éléments du problème :

- Selon la politique actuelle, pour qu'une demande d'hébergement soit étudiée au système régional d'admission (SRA) par le comité d'orientation et d'admission (COA), il faut que la personne soit stable au plan biopsychosocial et que sa période de réadaptation ou de convalescence soit terminée.
- **Les patients qui sont en attente d'être admis en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à la RessourSe occupent durant des périodes prolongées des lits réservés aux soins de courte durée.**

- **Il arrive que, lorsqu'un patient reçoit son congé de la RessourSe (RFI), n'ayant pas encore d'endroit où aller, il soit réadmis à l'Hôpital de Hull en attente de placement. Ce mode de fonctionnement engendre des retards inutiles et contribue à la souffrance des patients en prolongeant leur durée de séjour et en les exposant aux risques inhérents d'une hospitalisation prolongée tels que les infections nosocomiales.**

**Tout ceci fait en sorte que des lits qui devraient être utilisés pour le traitement de maladies de courte durée sont utilisés à d'autres fins. Ceci a pour effet d'engorger les urgences avec tous les problèmes qui en découlent.**

Voici quelques pistes de solutions suggérées :

- **Le fonctionnement du comité d'orientation des admissions (COA) devrait être revu.**
- **Les divers intervenants œuvrant dans notre réseau de santé doivent réaliser que c'est le médecin traitant qui a la responsabilité légale du malade et que c'est celui-ci qui doit en dernier ressort décider de son orientation. Bien sûr, afin de bien évaluer cette responsabilité, le médecin traitant doit faire appel à d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, et plus particulièrement au travailleur social.**
- **Le système actuel devrait être modifié pour que les démarches de placement soient amorcées lorsque le médecin traitant, avec l'aide de la travailleuse sociale, juge le moment approprié.**
- **Très tôt après l'admission d'un patient qui nécessitera une réadaptation, les services de soutien à domicile (SAD) devraient être présents dans le dossier.**
- Pour éviter que l'attente d'hébergement se fasse dans les lits de courte durée, il faudrait rehausser les services au SAD et planifier l'ouverture de lits de transition à l'extérieur de l'hôpital.
- Les médecins du CSSS de Gatineau devraient être mis à contribution dans les changements et ceux-ci devraient être bien informés de l'offre de services disponibles dans la communauté.
- Afin de libérer des lits dans les hôpitaux, il faut entreprendre des démarches pour sortir la personne âgée de l'hôpital lorsqu'elle ne nécessite plus le plateau technique. Ceci en collaboration avec les intervenants du soutien à domicile (SAD).
- Il faudrait que l'entente avec l'unité (RFI) de La RessourSe soit révisée. Les personnes ayant terminé leur programme de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et pour qui le retour à domicile est difficilement envisageable ne doivent pas être retournées dans les lits de courte durée à l'hôpital en attente d'hébergement. Les démarches pour planifier la sortie de l'unité de RFI doivent être entreprises le plus tôt possible en collaboration des intervenants du SAD.
- La politique de déclaration de fin de soins actifs doit être révisée. Un mécanisme d'étude de dossier pour toutes les déclarations de fins de soins actifs concernant la clientèle

gériatrique pourrait être mis en place et il pourrait relever du médecin-chef du service de gériatrie.

**Le 17 mars 2008, réponse de M. André Rodier, directeur général :**

« ...concernant l'occupation des lits de courte durée par des patients de soins prolongés, nous désirons vous faire part du plan d'action qui est en cours d'actualisation, ceci en collaboration avec les différents acteurs professionnels et médicaux ».

Neuf mesures prises dont :

- Implanter un accueil clinique;
- Recevoir la prise en charge des patients ambulants;
- Accroître l'accessibilité à la médecin de jour /clinique externe;
- Mise en place d'une équipe d'orientation clinique – support aux personnes âgées;
- Mise en place de l'accueil social / intervention pivot;
- Mise en place d'une équipe gériatrique permanente;
- Mise en place de cliniques de suivis systématiques;
- Développement des ressources non institutionnelles et amélioration de l'accessibilité de ressources plus légères notamment le soutien à domicile et ainsi nous permettre de libérer 50 lits de coutre durée (actualisé en novembre 2007)
- Mise en place d'une politique de fin de soins actifs (actuellement en révision)

Nous travaillons aussi étroitement avec le Dr André Moreau, coordonnateur à l'hospitalisation, pour identifier et mettre en œuvre des mesures pour assurer une meilleure gestion des durées de séjour, principalement en médecine.

L'application de ces mesures devra nous permettre de réduire les temps d'attente de patient sur civière à l'urgence, d'éviter des hospitalisations, de diriger les patients vers les ressources les plus appropriées et d'utiliser nos lits de courte durée de façon plus efficace et efficiente.

➥ **Le 24 septembre 2007 a un médecin anesthésiste**

Suite à une plainte où la patiente attribue ses cauchemars au fait que l'anesthésiste ne lui a pas donné les renseignements qui l'auraient rassurée, dans mes conclusions, je faisais la recommandation suivante au médecin visé :

**Que l'anesthésiste prenne le temps, à visage découvert, de rencontrer le patient avant toute intervention, afin que le patient soit rassuré par des explications et une approche empathique.**

**Réponse du médecin :**

Suite à une réunion du département d'anesthésie, le médecin visé me dit qu'il serait impossible de rencontrer les patients en dehors de la salle d'opération faute de locaux. Pour sa part, il voit maintenant les patients à visage découvert pour quelques minutes à la salle d'opération. Considérant que le patient lui-même ne porte pas de masque ceci est très acceptable.

➥ **Le 17 décembre 2007 à deux médecins urgentologues**

Suite à l'analyse de plaintes, visant deux médecins urgentologues de Hull, où la plaignante nous disait ne pas avoir rencontré de médecin, alors qu'elle en avait vu deux. J'ai fait la recommandation suivante à ces médecins :

**Il est important que les médecins s'identifient bien auprès des malades et de leurs familles lors d'un premier contact.**